

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PROPOSITION SUR UN MODÈLE MIXTE  
D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

PAR

YVON PERREAULT

DÉPARTEMENT D'ADMINISTRATION ET D'ÉCONOMIQUE

RAPPORT DE RECHERCHE PRÉSENTÉ  
EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE  
MAÎTRE ES SCIENCES (M.SC.)

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Table des matières

Introduction	1
Chapitre premier - Problématique des ressources actuelles en hébergement pour les personnes âgées au Québec	7
Évolution démographique	8
Description des facilités actuelles	12
Situation dans la région des Bois-Francs	27
Chapitre deuxième - Cueillette des données et diagnostic	30
Éléments de privatisation dans le secteur public	43
Analyse des statistiques existantes pour la région des Bois-Francs	55
Analyse des entités légales possibles	66
Chapitre troisième - Interprétation des données et recommandations	73
Propositions de solutions	77
Proposition d'un cadre de référence pour le développement des ressources mixtes d'hébergement	81
Éléments d'opérationnalisation de l'hébergement mixte	86
Objectifs poursuivis par l'implication des gens du milieu de la santé	94
Conclusion	98
Appendice A - Liste des abréviations	102
Appendice B - Configuration du territoire du CLSC Suzor-Côté	104
Remerciements	106
Références	107

## INTRODUCTION

Les problèmes du 3<sup>e</sup> âge sont maintenant un sujet à la mode, supplantant celui de la jeunesse qui a provoqué la publication d'une masse de documents durant les années soixante.

L'hébergement pour les personnes âgées est devenu une préoccupation majeure au Québec au cours des dernières années. La récession économique que nous avons connue au début des années 80 et la difficulté pour les gouvernements d'imposer davantage les contribuables ont obligé le réseau de la Santé et des Services sociaux à ralentir le développement de l'institutionnalisation des personnes âgées.

Notamment, le 6 décembre 1978, monsieur Roger Marier, président du Conseil des Affaires sociales et de la Famille (CASF), faisait parvenir au ministre des Affaires sociales, monsieur Denis Lazure, l'avis et les recommandations de son organisme sur le vieillissement et les personnes âgées. Dans ce document, l'on retrouve, entre autres recommandations, la suivante: <<Que soit promue la plus grande autonomie possible des personnes âgées, en adoptant les services à leurs besoins de façon à éviter les déracinements inutiles>> (1979, p.10).

Par ailleurs, le CASF estime (1979)

...qu'il serait important que soient initiés certaines recherches, certains projets-pilotes et certaines expériences, peut-être limités mais susceptibles d'être novateurs, concernant un aspect ou un autre du vieillissement ou de la vie des personnes âgées et visant à atteindre les objectifs proposés par le CASF (p. 15).

Jusqu'à ce jour, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) n'a pu produire de politique globale du vieillissement qui tenait compte d'une politique du logement pour personnes âgées. Un nombre grandissant de demandes d'admission en place d'hébergement public sont là et elles sont présentement comblées de trois façons actuellement:

1. Par les centres d'accueil et d'hébergement (CAH) dont le coût par jour-présence est de 55 \$ (MAS, 1985).
2. Par les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) dont le coût par jour-présence est de 126 \$ (MAS, 1985).
3. Par les centres hospitaliers de courte durée qui les reçoivent par le service de l'urgence et dont le coût par jour-présence est de 320 \$ (MAS, 1985).

Ces derniers présentent une particularité par rapport aux deux autres ressources précitées: de par la Loi sur les services

de santé et des services sociaux, ils ne peuvent signifier le congé à un bénéficiaire admis qui requiert de la surveillance médico-nursing sans au préalable lui assigner une ressource d'hébergement pouvant lui offrir les soins requis.

La présente étude vise à identifier les composantes du système actuel d'hébergement en vérifiant par une recension de documentation québécoise et internationale les possibilités de proposer un modèle mixte de ressources d'hébergement pouvant respecter les exigences du secteur public au niveau de la qualité des services et celle du secteur privé en terme de coûts d'opération. Cette nouvelle conception relative à la création de nouvelles places d'hébergement devrait refléter la préoccupation des personnes âgées qui veulent s'orienter vers des habitations ayant des services plus complets et très humains. À ces éléments de recherche, nous incluerons une approche dimensionnelle et fiscale qui pourrait servir de guide à la promotion de l'implication du personnel de direction et du personnel non cadre du réseau des établissements publics pour la création d'une nouvelle approche d'hébergement.

La méthodologie utilisée sera descriptive et nous permettra par des constatations démographiques de décrire une strate de la population de 65 ans et plus. Nous préciserons ses besoins

primaires en les confrontant avec les grands principes mis de l'avant dans les différentes politiques en matière d'hébergement. Les résultats obtenus feront l'objet d'interprétation et de recommandations permettant de nous positionner vis-à-vis nos solutions proposées.

### Plan de présentation

Au cours de cette étude, nous toucherons successivement les points suivants.

Le chapitre premier exposera la problématique des ressources actuelles en hébergement pour les personnes âgées au Québec. On y retrouvera également la présentation du territoire des Bois-Francs qui servira de cadre à l'étude: géographie, démographie et les ressources existantes dans le milieu.

Le deuxième chapitre présentera tout le détail du cheminement pour en arriver au diagnostic: tout d'abord, un examen de la documentation québécoise et internationale permettra de mieux saisir les caractéristiques des âgés avec l'identification des besoins. D'autre part, nous décrirons les éléments de privatisation dans le secteur public et le rôle que l'État devrait



assumer dans ce domaine bien particulier. Nous poursuivrons par l'analyse des statistiques existantes pour la région des Bois-Francs, de même qu'avec une analyse des possibilités concernant les entités légales possibles.

Le chapitre suivant est consacré à l'interprétation de ces données et des recommandations seront formulées dans la perspective d'éléments d'opérationnalisation de l'hébergement mixte en y suggérant un modèle de distribution de services. De plus, nous préciserons certains éléments d'intéressement qui pourraient inciter une clientèle d'investisseurs dans le domaine de l'hébergement privé.

Finalement, nous pourrions formuler des recommandations pratiques et opérationnelles permettant à des cadres et non cadres du réseau public d'agir comme agents de changement dans le domaine de l'hébergement pour personnes âgées.

## Chapitre premier

### Problématique des ressources actuelles en hébergement pour les personnes âgées au Québec

## Évolution démographique

### Vieillissement de la population au Québec

Le Québec connaît actuellement un phénomène auquel les pays industrialisés font face depuis déjà longtemps: le vieillissement de sa population. Ce phénomène consiste en l'accroissement plus rapide de la population âgée que de la population totale. La population continuera de croître au rythme de 2,7% par année jusqu'en 1991. Le rythme de croissance annuel devrait alors se stabiliser aux environs de 1% par année (MAS, 1980). La population âgée atteindra son importance numérique maximale vers les années 2020-2045, soit lorsque la génération du "baby boom" prendra sa retraite. Assez rapidement, la proportion des âgés dans la population passera de 8,6% en 1981 à 9,4% en 1986 pour atteindre 12% au début des années 2000. La fécondité au Québec atteint maintenant un des niveaux les plus bas des pays industrialisés. De 1961 à 1982, l'indice de fécondité est passé de 3 774 à 1 525; voilà une des principales causes de l'accroissement marqué de la population âgée par rapport à la population totale (MAS, 1980). Certaines régions québécoises, dont le Saguenay/Lac St-Jean, l'Outaouais et Trois-Rivières, connaîtront, entre 1981 et 2001, des augmentations plus grandes de leur population âgée que dans l'ensemble du Québec.

En 2001, la région de Trois-Rivières se caractérisera, pour sa part, par la proportion la plus élevée de personnes âgées, soit 14% de sa population totale, la moyenne provinciale projetée devant se situer à 13,1% (Bureau de la Statistique du Québec, 1984).

### Espérance de vie

Les progrès médicaux et l'amélioration des conditions de vie ont également contribué au vieillissement de la population. Selon le Bureau de la Statistique du Québec (1984), les gens sont généralement plus nombreux à atteindre l'âge de 65 ans et vivent maintenant plus longtemps, une fois cet âge atteint.

Tableau I

Population âgée de 65 ans et plus,  
selon le sexe, au Québec, 1951-2001

Années	Hommes	Femmes	Total
1951	113 467	118 630	232 097
1961	144 700	161 601	306 301
1971	180 560	232 465	413 025
1976	205 117	279 226	484 343
1981	232 932	331 195	564 127
1991	287 578	451 072	738 650
2001	330 267	542 584	872 851

Source: Bureau de la Statistique du Québec, Perspective démographique régionale, Juin 1984

On constate en effet que, selon ces données, nous nous dirigeons vers un vieillissement majeur de la population âgée. La proportion des personnes âgées de 80 ans et plus incluse parmi les personnes de 65 ans et plus augmentera graduellement pour atteindre 21% vers l'an 2000. Par ailleurs, l'espérance de vie des femmes de 60 ans étant supérieure de 4,5 ans à celle des hommes du même âge, nous pouvons prétendre que le vieillissement de la population s'effectue au féminin.

Tableau 2

Proportion de la population âgée de 65 ans et plus  
dans la population totale (%)

Années	Hommes	Femmes	Ensemble
1951	5,6	5,8	5,7
1961	5,5	6,2	5,8
1971	6,0	7,7	6,9
1976	6,6	8,9	7,8
1981	7,2	10,0	8,6
1991	8,2	12,4	10,3
2001	9,1	14,2	11,7

Ainsi, vers l'an 2000, les femmes constitueront 14,2% de la population âgée de 65 ans et plus; 72% de ce nombre seront âgées de

80 ans et plus (MAS, 1980). Si l'on ajoute à ce phénomène démographique le fait que les femmes épousent habituellement des hommes plus vieux qu'elles, il devient évident que beaucoup de femmes sont susceptibles de vivre leurs dernières années seules.

Les personnes âgées ont de moins en moins tendance à vivre avec des membres de leur famille ou de leur parenté. En dix ans, le pourcentage des personnes âgées en ménage privé, c'est-à-dire qui vivent seules ou en couple seulement, est passé de 43,2% à 61%. Les aînés sont donc de plus en plus isolés dans leur logement. Ils ne bénéficient plus de la sécurité matérielle et psychologique que procure, jusqu'à un certain point, la cohabitation avec un entourage familial (ENAP, 1981).

### Revenus

Dans son étude publiée en 1979, la Régie des rentes du Québec établissait le revenu annuel moyen des personnes âgées du Québec à 5 036 \$ pour les femmes et à 8 036 \$ pour les hommes. Ceci signifie une réduction importante du revenu au moment de la retraite, une disproportion entre les revenus des femmes et celui des hommes et un nombre important de personnes âgées qui vivent sous le seuil de la pauvreté; plus de 60%, selon le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme (1981).

Selon le rapport de Cofirentes (1977), au Canada, 43% des personnes de 65 ans et plus ne reçoivent pas de revenus d'un régime privé de pension ou de placement, produisant comme conséquence une baisse marquée du niveau de vie pour les personnes qui, à l'âge de la retraite, ne reçoivent des revenus que du système public de pension.

#### Description des facilités actuelles

Au cours des années 60, les responsabilités se départagèrent entre le ministère de la Santé et celui de la Famille et du Bien-être social. Cette scission eut comme résultante qu'un nombre important de foyers vinrent prendre la place des «hospices». Les nouveaux établissements étaient surtout axés vers une clientèle autonome: aucun bénéficiaire demandant des soins de santé actifs n'y était admis.

En 1971, la Loi sur les services de santé et les services sociaux tenta de clarifier les vocations et transforma les foyers en centres d'accueil d'hébergement devant y accueillir le même genre de clientèle.

La prise en charge par l'État eut comme conséquence directe une augmentation de la demande de services et, en corollaire, une montée spectaculaire des coûts. Le vieillissement de la population ne pouvait alors qu'accentuer le déséquilibre

entre la demande de services et les capacités financières de l'État. Plusieurs suggestions d'avenues sont explorées présentement dans le domaine: maintien à domicile afin de favoriser l'autonomie et l'indépendance des personnes du 3<sup>e</sup> âge, modification de l'image du foyer pour personnes âgées, création de centres de jour dans les centres d'accueil afin de les rendre accessibles aux personnes du 3<sup>e</sup> âge dans le voisinage du centre d'accueil, la distribution de soins, de services, de repas, etc.

L'assurance de la disponibilité d'aide à domicile doit se présenter comme un élément intégré aux conditions de vie de la personne âgée, non pas comme un événement presque aléatoire, périphérique au lieu d'habitation et de cohabitation. Les désirs d'hébergement en conciergerie spécialisée ou en institution peuvent être interprétés comme une recherche d'un milieu de support et d'aide qui ne saurait être indépendant des locaux d'habitation. Nous pouvons donc conclure de ces constatations que les multiples formes d'aide pour les personnes âgées peuvent intervenir comme compléments de milieux déjà pourvus en support dans les CAH et CHSLD mais dans le respect de certaines balises qui seront définies dans notre étude.

#### Classes et types d'établissements existants et pouvant rendre des services aux âgés

Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec (L.R.Q., chapitre S-5, r. 3.01), on distingue deux classes de centres hospitaliers.



- Les centres hospitaliers de soins de courte durée (CHCD) qui peuvent recevoir, entre autres, des bénéficiaires en convalescence;
- les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) où le séjour des bénéficiaires est d'une durée supérieure à trois mois.

On distingue également deux classes de centres d'accueil:

- Les centres d'hébergement (CAH) qui reçoivent des adultes en perte d'autonomie et leur offrent le gîte, le couvert, des services de surveillance, des soins et de l'assistance. Les centres d'hébergement peuvent aussi dispenser des services à des bénéficiaires affectés d'une légère perte d'autonomie dans des pavillons pouvant accueillir au moins dix bénéficiaires et reliés au CAH par un contrat de location de biens et de services.
- Les centres de réadaptation qui dispensent des services spécialisés d'adaptation ou de réadaptation pour les clientèles suivantes: mésadaptées socio-affectives, handicapées mentales, handicapées physiques, toxicomanes.

D'autre part, trois catégories de familles d'accueil sont établies:

- La famille d'accueil régulière pour les personnes

qui requièrent une mesure de protection sociale et qui applique un plan d'intervention transmis par le centre des services sociaux;

- La famille d'accueil spéciale assume, en plus des responsabilités d'une famille d'accueil régulière, des responsabilités supplémentaires;
- La famille d'accueil de réadaptation qui fournit à un maximum de quatre personnes un programme de réadaptation selon un plan d'intervention établi pour une durée limitée pour chaque bénéficiaire.

Une famille d'accueil peut appartenir à plus d'une catégorie mais ne peut accueillir plus de neuf bénéficiaires.

Les trois types de soins déterminés par le comité consultatif fédéral-provincial de l'assurance-maladie en novembre 1983 et utilisés actuellement par Santé et Bien-être Canada aux fins de planification, de développement, d'administration et de recherche peuvent être décrits comme suit:

- Soins personnels en résidence, ambulants ou limités:  
On les définit comme étant des soins requis par une personne qui peut marcher ou se déplacer sans aide, dont les facultés physiques ou mentales sont sur le déclin et qui a besoin essentiellement d'aide ou de surveillance dans ses activités quotidiennes,

ainsi qu'une assistance psychologique et sociale par le canal des services sociaux et récréatifs. La durée de soins est indéterminée et relative à la condition de l'individu.

- Soins prolongés ou soins intermédiaires:

On les définit comme étant des soins exigés par une personne affligée d'une maladie chronique (physique ou mentale), relativement stabilisée ou d'une incapacité fonctionnelle, qui, ayant visiblement atteint la limite de la récupération, ne subira vraisemblablement aucun changement dans le proche avenir, qui n'éprouve que relativement peu de besoins à l'égard des services diagnostiques et thérapeutiques d'un hôpital mais qui exige des soins personnels 24 heures sur 24, avec surveillance médicale et infirmière, ainsi que la satisfaction de ses besoins psychologiques et sociaux. On ne peut prédire la durée des soins à prodiguer, mais elle s'étend généralement sur plusieurs mois ou quelques années.

- Soins pour cas chroniques ou soins spéciaux:

On les définit comme étant des soins requis par une personne affligée d'une maladie chronique ou d'une incapacité fonctionnelle (physique ou mentale), dont la phase aiguë a été surmontée, dont les fonc-

tions vitales sont stables ou non, dont l'espoir de récupération peut être assez faible et qui nécessite un choix étendu de services thérapeutiques, de traitements médicaux et de soins infirmiers spécialisés outre la satisfaction de ses besoins psychologiques et sociaux. La durée des soins est imprévisible mais s'étend habituellement sur plusieurs mois ou quelques années.

Depuis juin 1978, la Société centrale d'hypothèque et de logement au niveau fédéral ne finance uniquement pour les organismes privés et les habitations à loyer modique que le coût en immobilisation de la partie habitation des centres d'hébergement et des pensions surveillées. Ces deux modes d'habitation s'inscrivent dans les deux premiers types de soins énumérés précédemment. Cependant, leur recherche les amène, selon les besoins populationnistes définis, à accepter que les établissements construits devraient pouvoir s'adapter au troisième type au fur et à mesure de l'avancement en âge des résidents. De plus, la coopération entre les associations marraines ou organismes provinciaux ou municipaux de santé et de services sociaux déterminera le niveau que pourront atteindre les soins dispensés dans ces établissements.

#### Les objectifs et plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Avant même de préciser les grandes orientations que

le MSSS entend privilégier, il convenait de présenter l'éventail des politiques gouvernementales qui s'adressaient aux personnes âgées.

L'évolution rapide de la société et les changements qui prennent place dans la structure d'âge de la population obligent les gouvernements à ajuster leurs politiques et programmes aux besoins des divers groupes de la société. Tous connaissent les efforts que la société québécoise a dû déployer pour moderniser son système d'éducation et l'adapter à l'arrivée massive des jeunes dans le réseau scolaire. À son entrée sur le marché du travail, ce même groupe a causé et cause toujours des problèmes d'ajustement.

Nous vivons présentement un phénomène similaire pour les personnes âgées qui va s'amplifier jusqu'en l'an 2000. Depuis la deuxième guerre mondiale, les trois paliers de gouvernements ont essayé de s'adapter à l'apparition du groupe de plus en plus important que représentent les personnes âgées. Ainsi, plusieurs politiques et programmes furent mis sur pied. Les plus importants sont les programmes de transferts directs en vertu desquels les personnes âgées reçoivent une prestation qui leur est personnellement destinée. Le premier, qui s'adresse à toutes les personnes âgées sans exception (programme universel), est celui de la sécurité de la vieillesse. Le second programme s'adresse aux travailleurs; il s'agit du Régime des rentes du Québec.

On compte aussi le programme de remboursement de l'impôt foncier scolaire, lequel dépend notamment du niveau de revenu de la personne. L'aide sociale enfin verse des prestations aux personnes inadmissibles à la sécurité de la vieillesse.

Par ailleurs, les dispositions de la Loi de l'impôt sur le revenu permettent aux personnes âgées de bénéficier d'une exemption en raison de l'âge; cette exemption fiscale a pour effet de diminuer le revenu imposable et permet aussi à certains contribuables âgés de bénéficier d'un revenu après impôt supérieur.

On compte ensuite un certain nombre de programmes qui sont destinés spécifiquement aux personnes âgées mais qui bénéficient uniquement aux usagers de ces services. On compte parmi ceux-ci les médicaments gratuits, le transport ambulancier gratuit, l'activité des centres de jour et les popotes roulantes. Enfin, il faut mentionner la construction de résidences pour personnes âgées dont le loyer est subventionné et qui implique le niveau municipal; ici néanmoins, seuls les moins fortunés peuvent en bénéficier.

Les autres programmes s'adressent à la population en général mais ils bénéficient seulement à leurs usagers. On pense, par exemple, à l'assurance-maladie, aux services hospitaliers ou encore à l'activité des centres de services sociaux.

C'est ainsi que l'État, tout en assumant lui-même des responsabilités en terme de distribution de services via un réseau d'établissements et un ensemble de programmes, doit voir à assurer la cohérence de toutes les actions à l'égard des personnes âgées. Les services publics représentent une contribution qui s'ajoute à celle des autres groupes y compris les personnes âgées elles-mêmes, leurs familles et diverses organisations communautaires. L'État n'est donc pas l'intervenant unique et il se doit de partager avec l'ensemble de la société un objectif central: le respect de la population âgée dans ses valeurs, ses spécificités, ses capacités, ses modes de vie.

C'est donc l'ensemble de la société québécoise qui est invité à souscrire aux objectifs et orientations énoncés. Par ces programmes et services, le ministère de la Santé et des Services sociaux (1985), quant à lui, visera:

Au niveau de la personne et de la communauté:

- Le développement ou la restauration de l'autonomie de la personne âgée par la mise en valeur de ses capacités et de ses acquis;
- le maintien ou le retour de la personne dans son milieu de vie naturel;
- la participation des personnes âgées à la vie de la communauté non à titre de dépendant mais à titre de citoyen à part entière et l'établissement de

conditions qui permettront la participation des âgés comme personnes intervenantes et non seulement comme des bénéficiaires de services;

- l'établissement de conditions qui permettent une véritable qualité de vie;
- un changement au chapitre des mentalités, des attitudes et des comportements à l'égard des personnes âgées.

Au niveau des services:

- L'amélioration de la qualité, de la quantité et de la variété des programmes et services;
- l'amélioration de la coordination et de la continuité des services tant entre les établissements qu'entre ceux-ci et le milieu où ils oeuvrent;
- l'accessibilité et l'équité dans la distribution des ressources et services;
- l'adaptation des ressources aux besoins réels des personnes âgées.

Ce sont les objectifs qui constituent l'essentiel des orientations ministérielles à l'égard des personnes âgées. Dans la mesure où pourra s'établir autour de celles-ci le plus large consensus possible, les moyens à mettre en oeuvre pour l'action future impliquent nécessairement la contribution de l'État et



de son réseau de services, les organismes communautaires et surtout les personnes âgées elles-mêmes et leur entourage.

Plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux  
à l'égard des personnes âgées (1985)

Le MSSS tient tout d'abord à affirmer qu'il considère la présente politique et le cheminement qu'implique sa réalisation comme une de ses toutes premières priorités.

La situation des personnes âgées dans la société québécoise, leur importance croissante en terme de nombre et surtout la reconnaissance implicite de leur contribution au façonnement des différentes collectivités justifient amplement cette prise de position. En outre, de toute évidence, et compte tenu de l'ampleur et de la nature même du sujet, l'amélioration des conditions des personnes âgées ne peut se réaliser adéquatement par la seule expression de la volonté du Ministère.

Au sein même de l'État québécois, la mission du Ministère concerne spécifiquement la santé et la protection sociale des individus et des communautés. À ce titre, le Ministère doit assumer les responsabilités qui lui sont confiées et se doit aussi d'être préoccupé par les conditions de vie des personnes âgées permettant aussi d'entrevoir des perspectives de collaboration dans des domai-

nes aussi variés que l'éducation, le travail, le revenu, le logement, le transport, les loisirs, la vie sociale et culturelle...

Pour atteindre ses objectifs, le MSSS mise fortement sur l'action des différentes communautés locales, sur la confiance à manifester et le support à accorder aux multiples groupes de citoyens qui, un peu partout et souvent spontanément, en viennent à développer des services simples et essentiels pour les personnes âgées, à donner un sens concret à la notion d'entraide, témoignant ainsi du dynamisme et de l'engagement de leur milieu en faveur des personnes âgées.

Enfin, quelle que soit l'intervention du MSSS, du réseau de services de santé et de services sociaux, de la place qu'occuperont les initiatives communautaires, des changements véritablement significatifs dans la situation des personnes âgées reposant sur un profond respect de leur vécu spécifique, ils ne pourront totalement se réaliser sans une prise de conscience à tous les niveaux de la collectivité québécoise, par toutes ses composantes, de l'importance et de la signification profonde du vieillissement.

Manifestement, les intervenants sont multiples et, dès lors, il devient important de réfléchir sur les liens qui doivent être développés entre les différents partenaires. C'est dans chaque milieu, dans des rapports les plus égalitaires possible

à établir entre ressources publiques et citoyens impliqués dans le devenir de leur milieu ou préoccupés par la situation des personnes âgées, que doivent prendre racine les orientations de cette politique.

Si le MSSS a la responsabilité de définir des orientations, de développer et d'articuler différentes mesures et programmes, de faciliter et de supporter le développement d'initiatives communautaires, il ne peut se substituer aux différents milieux pour qu'ils créent chez eux la dynamique nécessaire à assurer aux personnes âgées de leur territoire les meilleures conditions de vie possible.

Selon une réflexion de Côté (1982), l'impossibilité de bien gérer l'offre et la demande devrait favoriser la consolidation et l'expansion à court terme du réseau privé d'établissements et ce, particulièrement dans l'accueil et l'hébergement de personnes âgées. Les mesures, services et programmes à maintenir ou à développer doivent donc être fondés sur la concertation entre intervenants du réseau des Affaires sociales et entre ces derniers et les ressources du milieu. Le mot n'est pas nouveau, mais suppose plus que jamais l'implication de nouveaux partenaires.

Il importe d'engager dans tout le processus la participation des principales ressources socio-sanitaires tout aussi

bien que celles des personnes âgées elles-mêmes, de leurs familles et des organismes communautaires. La coopération entre les différentes ressources implique une coordination rendant possible la distribution des services jugés nécessaires dans le respect des rôles et contributions spécifiques de chacun des partenaires. Il devient ainsi possible de tenir compte des particularités locales et régionales dans l'adaptation de ces différentes mesures. Ces dernières se doivent d'être considérées comme un plan d'action pouvant être souple dans la recherche de réponses aux besoins des personnes âgées.

Pour donner à chacune des mesures incluses au plan d'action sa dimension véritable, il apparaissait important, en tout premier lieu, de définir la perspective dans laquelle elles s'inscrivent. Cet effort de positionnement ministériel a permis d'établir les différents niveaux d'une responsabilité sociale que le MSSS a à partager avec différents partenaires. C'est ainsi que le présent plan d'action à l'égard des personnes âgées et le processus qui a servi à son élaboration reposent sur l'équilibre à développer entre quatre éléments principaux:

- l'implication de la personne âgée elle-même, de sa famille, de son entourage immédiat et de l'ensemble des composantes de la société dans un processus de sensibilisation et une prise de conscience des

problèmes reliés au vieillissement;

- la pleine reconnaissance de la contribution des différentes organisations communautaires et des multiples réseaux d'entraide ainsi que du support qu'il faut leur apporter;
- le développement et la diversification d'alternatives de plus en plus nombreuses aux services institutionnels où doivent se côtoyer intervenants du réseau du MSSS et partenaires du milieu;
- l'adaptation de l'ensemble des ressources institutionnelles aux besoins spécifiques des personnes âgées et leur ouverture de plus en plus concrète sur leur propre milieu et besoins.

Les mesures qui suivent s'inscrivent donc à l'intérieur de ces quatre volets qui deviennent les axes principaux du plan d'action. Il est constitué d'un ensemble de mesures visant à favoriser l'adéquation entre les besoins des personnes âgées et les différentes ressources nécessaires pour satisfaire ces besoins. Ces mesures s'inscrivent dans la problématique d'ensemble et découlent des orientations et objectifs que s'est fixé le MSSS pour favoriser le mieux-être des personnes âgées. Par conséquent, le Ministère propose divers moyens touchant plus particulièrement:

- L'autonomie de la personne;
- le réseau naturel d'aide (famille, parents, amis, voisins);
- les services externes (l'aide et les soins à domicile, centre de jour);
- les ressources résidentielles intermédiaires (hébergement temporaire, famille d'accueil, pavillon, coopérative d'habitation, HLM);
- les ressources institutionnelles (CAH, CHSLD);
- la structure de services et les modalités fonctionnelles (CLSC, cabinet privé du médecin, CHCD, CAH ou CHSLD, CSS).

Tel que le précisait le ministre Chevette (1985): "Les solutions aux problèmes que vivent les personnes âgées ne passent pas uniquement par l'État ou un réseau de services publics. S'il lui faut à coup sûr parfaire la distribution de services, il se doit aussi d'appuyer les efforts des différentes communautés et des citoyens qui les composent où, souvent et avec peu de moyens, se pratiquent les interventions les plus susceptibles de rencontrer les aspirations des personnes âgées elles-mêmes".

#### Situation dans la région des Bois-Francs

Afin de mieux situer notre intervention, il apparaît

essentiel de réunir le maximum d'informations sur le territoire considéré et des disponibilités existantes dans le milieu.

### Territoire

D'après le répertoire des municipalités par territoire de CLSC (MAS, 1983), il est constitué de trente-trois (33) localités réparties en villes, villages, municipalités. Elles occupent une superficie très importante de mille neuf cent soixante-dix-huit kilomètres carrés ( $1\,978\text{ km}^2$ ), ce qui rend beaucoup plus difficile la distribution de services. Le réseau routier est adéquat même si l'axe routier nord-sud 55 n'est pas complété.

### Aspect démographique

Selon le répertoire des municipalités par territoire de CLSC, la population totale du bassin en 1981 s'élève à 56 279 habitants. Les études du CRSSS-04 (1979) démontraient de plus que 78 à 83% de la population totale résidait à moins de 15 km de Victoriaville, d'après les données démographiques de 1976.

Par ailleurs, nous pouvons constater au tableau suivant que la proportion de la population âgée a augmenté de 1971 à 1981 de 2,3% et, selon les projections démographiques du Bureau de

la Statistique du Québec (1984), elle va augmenter de 1981 à 2001 de 3,0%.

Tableau 3

Perspectives de la population des Bois-Francs selon le sexe et le groupe d'âge

(Bureau de la Statistique du Québec, 1984)

Groupe d'âge	1971			1981			1991			2001		
	H	F	TOTAL	H	F	TOTAL	H	F	TOTAL	H	F	TOTAL
65 à 74 ans	985	1 185	2 170	1 470	1 760	3 230	1 955	2 479	4 434	2 123	2 742	4 865
75 et plus	555	665	1 220	725	1 030	1 755	1 085	2 247	3 332	1 269	2 798	4 067
<b>TOTAL</b>	<b>1 540</b>	<b>1 850</b>	<b>3 390</b>	<b>2 195</b>	<b>2 790</b>	<b>4 985</b>	<b>3 040</b>	<b>4 726</b>	<b>7 766</b>	<b>3 392</b>	<b>5 540</b>	<b>8 932</b>
pop. totale % total			51 525 6,6%			56 279 8,9%			70 420 11,0%			75 197 11,9%

Ces caractéristiques démographiques, selon une étude complète par le Département de santé communautaire du CH Ste-Croix de Drummondville (1985), responsable du bassin des Bois-Francs, nous informe que dans le territoire du CLSC Suzor-Côté en 1981, la moyenne des 65 ans et plus était inférieure de 0,9% à la moyenne présentée par la région administrative 04 qui se situait à 9,8%. De plus, nous pouvons constater que le nombre de femmes de 65 ans et plus dans le territoire représentera, en 2001, 62% de la clientèle âgée et que 69% d'entre elles auront 75 ans et plus.



## Chapitre deuxième

### Cueillette de données et diagnostic

Afin d'en arriver à établir un diagnostic, nous avons d'abord tenté de recueillir ce qui nous apparaissait le plus significatif dans les publications québécoises et internationales concernant les besoins d'hébergement des personnes âgées. Par la suite, nous replaçant dans notre territoire de la région des Bois-Francs, nous avons procédé à une cueillette de données nous permettant, grâce à des contacts auprès des responsables d'organismes et à la consultation de certaines statistiques, d'établir un bilan des ressources disponibles susceptibles de définir le genre d'hébergement recherché par nos âgés.

Au terme de cette étape, nous disposions d'un certain nombre de données qui, accompagnées des commentaires recueillis par Chaussé (1984), suite à une enquête sur le maintien à domicile des personnes âgées dans le territoire du CLSC Suzor-Côté, ont permis de rassembler différents éléments de diagnostic.

#### Rencension de la documentation québécoise et internationale

Plusieurs recherches ayant déjà permis de cerner un certain nombre de caractéristiques générales de la population âgée à travers le continent, nous avons retenu les plus signifi-

catives pour nous permettre d'identifier les besoins en ressources d'hébergement.

### Perte d'autonomie

Chez les personnes âgées, la politique des services à domicile a pour objectif une augmentation du nombre de personnes âgées vivant à domicile dans des conditions qu'elles jugent satisfaisantes. Puisque les services à domicile visent à assurer une aide personnelle et matérielle aux personnes âgées en perte d'autonomie, l'énoncé de la politique suppose que la perte d'autonomie est la cause du désir d'hébergement.

Selon une étude de Béland (1982) faite dans trois régions du Québec, la relation entre la capacité d'exécuter certaines activités de la vie quotidienne (se lever du lit, préparer les repas, sortir du domicile, etc.) et les désirs d'hébergement dans une conciergerie spécialisée pour personnes âgées, dans un centre d'accueil d'hébergement (CAH) ou dans un centre hospitalier de soins prolongés (CHSP), est illustrée simultanément pour les trois échantillons de personnes âgées.

Tableau 4

Les désirs d'hébergement selon la capacité d'exécuter  
certaines activités de la vie quotidienne (Béland, 1982)

DÉSIRE DEMEURER				
	À DOMICILE	DANS UNE CONCIERGERIE SPÉCIALISÉE	DANS UN CAH	DANS UN CHSP
Souffre d'incapacités	172 (54,5%)	64 (14,8%)	41 (13,5%)	39 (12,9%)
Ne souffre pas d'incapacités	392 (53,6%)	197 (26,9%)	86 (12,4%)	48 (6,9%)

La proportion de personnes qui désirent vivre à domicile ne varie pas selon ces données en fonction de leurs incapacités fonctionnelles car nous constatons même un désir légèrement supérieur. La variation ne s'observe que dans le choix d'une conciergerie spécialisée plutôt que dans un CHSP; les désirs d'habiter dans un CAH atteignent 13% des cas, que les interviewés souffrent ou non d'incapacités fonctionnelles.

Les incapacités fonctionnelles n'expliquent donc pas les désirs de quitter le domicile. Une fois la décision prise par les personnes âgées de quitter le domicile, leur état fonc-

tionnel influence le mode d'habitation qu'elles choisissent, soit une modalité peu exigeante sur le plan des services, la conciergerie spécialisée, soit la modalité la plus lourde, l'hôpital de soins prolongés.

Dans un autre tableau de Béland (1982) qui nous est fourni par l'étude faite dans trois régions du Québec sur les désirs d'hébergement, nous constatons que toutes les formes d'aide ne modifient donc pas également les désirs d'hébergement.

Tableau 5  
Les désirs d'hébergement (Béland, 1982)

	HULL	TROIS-RIVIÈRES	HOCHELAGA- MAISONNEUVE
a) Dépôt d'une demande d'hébergement			
Oui	55 (16,5%)	49 (12,9%)	55 (16,6%)
Non	279 (83,5%)	330 (87,1%)	277 (83,4%)
b) Désirs d'hébergement			
Dans un CHSP	23 (6,9%)	98 (12,6%)	17 (5,2%)
Dans un CAH	36 (10,8%)	50 (13,2%)	41 (12,5%)
Dans une conciergerie pour personnes âgées	79 (23,7%)	104 (27,4%)	78 (23,8%)
À domicile	195 (58,6%)	178 (46,8%)	192 (58,5%)

On constate de 47% à 59% des personnes interviewées désirent demeurer à leur domicile. Il ressort de cette étude que des demandes formelles d'hébergement ont été déposées par 12,9% de personnes âgées à Trois-Rivières, 16,5% à Hull et 16,6% à Hochelaga-Maisonneuve malgré la présence de services de soins à domicile. Par ailleurs, de 23 à 28% des répondants aimeraient demeurer dans une conciergerie qui leur soit réservée tandis que 17 à 26% privilégient le centre d'accueil ou le CHSP.

L'aide ponctuelle, c'est-à-dire celle disponible de façon diverse pendant une période de dix mois, n'a aucun impact sur les désirs d'hébergement. Pour être efficace, l'aide doit avoir un caractère permanent et être sous le contrôle de personnes âgées. Ainsi, l'aide d'urgence doit être disponible dans la maison pour diminuer les désirs d'hébergement en centre d'accueil; la délégation de la responsabilité des tâches d'entretien est surtout efficace lorsqu'elle est assumée par un résident du domicile de la personne âgée.

### Cohabitation

L'aide est donc efficace lorsqu'elle implique la cohabitation. Enfin, elle ne doit pas prendre un caractère ponctuel, ni être hors du contrôle de la personne âgée. Le mode de cohabi-

tation joue un rôle très important dans la détermination des désirs d'hébergement, fournissant à la personne âgée un milieu favorable aux comportements d'aide et d'activité de support.

Pour appuyer ces dires, le tableau tiré de l'étude de Béland (1982) nous confirme les désirs et le genre de cohabitation requis.

Tableau 6

Les désirs d'hébergement et les modes de cohabitation (Béland, 1982)

	AU DOMICILE	DANS UNE CONCIERGERIE	DANS UNE INSTITUTION
demeure seul	101 (41,9%)	75 (31,1%)	65 (27,0%)
avec l'époux seulement	109 (47,0%)	71 (30,6%)	52 (22,4%)
avec l'époux et avec une autre personne	103 (60,6%)	28 (16,5%)	39 (22,9%)
avec une autre personne	186 (69,9%)	65 (22,3%)	40 (13,7%)
chez une autre personne	63 (63,0%)	20 (20,0%)	17 (17,0%)

Nous pouvons constater que la famille et les amis restent donc des agents d'aide et de support très actifs au Québec et ce, en dépit des réserves à cet égard contenues dans une étude

de Bédard et Lemmans (1980) qui nous révèle que 5 à 8% des personnes âgées sont incapables de satisfaire plusieurs besoins même avec de l'aide provenant de leur entourage immédiat. Selon Béland (1982), "les éléments efficaces qui encouragent les personnes âgées à demeurer à leur domicile dépendent donc de facteurs liés au déroulement de leur vie, à leur histoire personnelle et sociale".

Le désir d'hébergement prend sa source au-delà des événements immédiats liés au vieillissement, tel que décrit par Leblanc (1982) dans le tableau des pertes et besoins des personnes âgées.

Tableau 7  
Pertes et besoins des personnes âgées (Leblanc, 1982)

NIVEAU	PERTES	BESOINS
Physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fonctions biologiques</li> <li>- capacités sensorielles</li> <li>- acuité mentale et mémoire</li> <li>- sommeil et appétit</li> <li>- élimination vésicale et digestive</li> <li>- résistance à l'effort</li> <li>- tolérance aux médicaments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soins et surveillance médicale</li> <li>- sécurité physique</li> <li>- prothèses</li> <li>- conditionnement physique</li> <li>- repos et sommeil</li> <li>- alimentation adaptée</li> <li>- hygiène corporelle</li> </ul>
psychologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- adaptation aux changements physiques et émotifs</li> <li>- entourage familial et amical</li> <li>- intérêt intellectuel</li> <li>- image de soi</li> <li>- sécurité monétaire et résidentielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- affection (sécurité affective)</li> <li>- compréhension</li> <li>- autonomie et reconnaissance</li> <li>- estime de soi</li> <li>- distraction active</li> <li>- hygiène mentale</li> <li>- actualisation</li> </ul>
socio-culturel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ressources financières</li> <li>- intégration et utilité sociales</li> <li>- valorisation face à la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sécurité financière (revenu)</li> <li>- participation communautaire et sociale</li> </ul>



Le contexte où cette perte est quotidiennement vécue fournit ou ne fournit pas les conditions nécessaires à la poursuite d'un maintien adéquat de l'autonomie potentielle. En effet, la qualité du logement, la familiarité avec l'environnement physique et social et le mode de cohabitation ne sont pas des éléments fortuits ou spontanés tandis que les services à domicile, qu'ils soient produits par des agences gouvernementales ou bénévoles ou même par des enfants vivant hors du domicile, seraient considérés par les personnes âgées comme des éléments instables et peu sûrs, sur lesquels elles ne peuvent pas exercer un certain contrôle et avec lesquels elles ne sont pas familières.

Lorsque ces éléments de contrôle et de familiarité sont absents, les désirs de quitter le domicile se manifestent. D'ailleurs, selon Béland (1982), moins que l'institution, la conciergerie réservée pour personnes âgées est choisie fréquemment par les interviewés. Elle représente un lieu où des responsabilités peuvent être exercées, l'indépendance préservée, mais un recours à l'environnement est possible lorsque le besoin s'en fait sentir. En effet, les désirs d'hébergement en conciergerie spécialisée ou en institution peuvent être interprétés comme une recherche d'un milieu de support et d'aide qui ne saurait être indépendant des locaux d'habitation.

L'étude de Béland (1982), à partir de la prescription de services faite par une équipe multidisciplinaire, nous fait part de l'évaluation de besoins telle qu'on la retrouve au tableau 8.

Tableau 8

Les services requis dans la population âgée (Béland, 1982)

%	NATURE DU SERVICE
6,7	Soins infirmiers à court terme
15,4	Soins infirmiers à long terme
5,9	Services sociaux à court terme
10,5	Services sociaux à long terme
6,5	Soins de physio-ergothérapie
93,1	Soins médicaux
12,6	Préparation de repas
14,7	Emplettes et entretien
47,9	Travaux lourds
9,9	Transport
3,4	Surveillance (âgé ne pouvant pas rester plus de 4 heures seul)
10,3	Amélioration de la vie sociale

Nous pouvons présumer, selon le tableau précédent, qu'une bonne partie des services requis peuvent être obtenus à l'extérieur des institutions publiques en autant que la collaboration desdits organismes est acquise pour la réalisation pleine et entière de l'autonomie de la personne âgée.

Des études américaines de Carp (1976) ont démontré qu'au moins 20% des personnes de 65 ans et plus désirent habiter dans un logement à caractère public et qui ne prend pas nécessairement la forme requérant le plus de services infirmiers, mais précisément celle qui se situe entre les domiciles actuels et l'institution telle qu'habituellement conçue.

Le comité sur les ressources alternatives du MAS (1982) affirmait qu'en deçà d'un besoin quotidien de services infirmiers de deux heures, une proportion importante du besoin est constituée de services qui peuvent être qualifiés de services de base. Ces services accaparent près des 2/3 du temps des services infirmiers requis. Ils se divisent ainsi: 51,8% du temps pour des services d'hygiène, 8,2% pour l'élimination et 6,8% pour l'alimentation. Il est de l'avis du comité que ces services peuvent être rendus par des ressources moins lourdes que les CAH et les CHSP.

#### Dimension humaine des organisations requises en hébergement

L'importance d'un établissement dans le secteur de l'hébergement devrait être adaptée au contexte communautaire et satisfaire aux critères qui concernent la gestion, le personnel et l'économie.

Les établissements, selon la Société centrale d'hypothèque et de logement (1979), qui offrent les soins du plus haut niveau sont souvent regardés comme des unités complètes en elles-mêmes et spécialisées dans leurs services. Un module typique peut héberger de vingt-cinq (25) à trente-cinq (35) personnes suivant le type de soins offerts (25 personnes par unité de soins infirmiers).

De façon générale, les établissements de moins de trente (30) unités ont démontré qu'ils étaient trop petits pour pouvoir assurer tous les soins adéquats et pour garder un rapport économique entre l'hébergement et les domaines complémentaires. D'un autre côté, les établissements qui abritent plus de cent cinquante (150) ou cent soixante-quinze (175) résidents deviennent facilement impersonnels, faute de rapports suffisants entre les résidents et le personnel. Ces grands établissements sont habituellement construits à plusieurs étages et exigent donc des ascenseurs.

Quel que soit le système, de petits groupes de dix (10) à quinze (15) personnes semblent fournir les occasions les plus favorables aux rapports de sociabilité et entretenir les sentiments de bien-être chez les résidents. Ces groupes doivent être formés à l'échelle de la résidence. L'intrusion des concepts traditionnels dans les soins médicaux peut annihiler l'ambiance qu'on voulait créer. Une autre influence désastreuse peut être exercée par

les règlementations locales sur la construction, la sécurité et les taux d'occupation qui tendent à mettre de l'avant les valeurs administratives.

Certains auteurs (Lawton, Powell et Mortimer, 1975) affirment que la dimension de cinquante (50) pensionnaires et moins s'avère plus efficiente en étant plus près des besoins des individus; cependant, une dimension de cent (100) pensionnaires et plus s'avère plus rentable mais risque la dépersonnalisation et des problèmes avec les responsables du fonctionnement.

Une étude menée par Roy (1984) auprès de trente-six (36) centres d'hébergement privés démontre que 72% de ces centres avaient une capacité de trente-neuf (39) lits et moins, 14% se situait entre cinquante (50) et quatre-vingt-dix-neuf (99) lits. Cette étude nous permet de constater que la clientèle utilisant les dimensions d'hébergement précitées varie de très légère à très lourde, ce qui laisse présager la stabilité des gens dans leur milieu de vie. La clientèle étudiée provenait à 85% des milieux familiaux qui s'occupaient d'y référer eux-mêmes les personnes en cause. Nous remarquons dans cette étude que les plus longues listes d'attente, soit cent (100), quatre-vingt-dix (90) et soixante-dix (70) noms, le sont pour les organismes à but non lucratif car le ratio prix/service s'avère plus intéressant pour les âgés.

De plus, selon les interviews de Roy (1984) auprès des conseils régionaux, ceux-ci considèrent que la dimension d'hébergement de trente-neuf (39) patients et moins rapproche davantage les âgés de leur milieu familial d'origine en ce qui a trait au nombre d'occupants, aux dimensions physiques et au mode de vie. Elle donne de plus aux personnes âgées la possibilité de demeurer dans leur localité, leur offrant des places d'hébergement dans des milieux où le réseau public est moins développé. Ces centres satisfont à des besoins de sécurité, d'individualisation, d'assistance et de protection sociale pour une clientèle capable d'en assumer le coût et désireuse de se maintenir à un certain standard de vie.

### Éléments de privatisation dans le secteur public

#### Rôle du gouvernement

"Il est désirable que les divers organismes de la société, en particulier ceux qui sont issus de l'initiative libre des citoyens, prennent en charge une partie des fonctions dont l'État conserve la responsabilité dernière. Cela me semble particulièrement fondé dans des domaines comme le bien-être et l'éducation où il est le plus souvent difficile de séparer le service offert et une certaine conception de l'homme" (Claude Ryan, 1962, p. 133-142).

Longtemps au Québec, les services sociaux et les services de santé ont été considérés comme relevant du domaine privé. Depuis les années 60, la pensée sociale se modifie et, aux droits individuels reconnus depuis longtemps, s'ajoutent des droits sociaux et économiques, notamment les droits à la santé et à la sécurité. La responsabilité de l'État dans ce domaine devient plus grande à partir du moment où l'opinion publique reconnaît que des services jusque là offerts par l'entreprise privée deviennent des biens auxquels ont droit tous les citoyens. Les besoins accrus provoquent alors le transfert à l'État des tâches qui dépassent les possibilités de l'entreprise privée.

Aujourd'hui, on constate que certains domaines peuvent relever de la responsabilité publique, c'est-à-dire être sous la surveillance ou l'autorité indirecte de l'État sans pour autant être directement et exclusivement pris en charge par lui. Le gouvernement fixe les règles de la démocratie; il détermine les objectifs sociaux et économiques; il établit les priorités et fixe les moyens d'action. L'État oriente l'action de l'entreprise privée; il définit le cadre institutionnel dans lequel elle évolue; il régularise l'activité sociale et économique; il prévient les monopoles et les pertes de contrôle de la part du marché.

Selon Phelps (1965), "the role of government just considered is to do something that the market cannot do for itself namely, to determine, arbitrate and enforce the rules of the game".

L'État est l'interprète du bien commun, or celui-ci doit se déterminer en commun et non par l'État seul. Puis l'État doit s'articuler face à l'entreprise privée qui n'échappe plus, maintenant, au regard de l'opinion publique et au contrôle de l'État. C'est au gouvernement d'améliorer le dialogue, de jouer le rôle de coordonnateur et d'assumer l'ordre de ce système de production et de transmission de biens et services. Le gouvernement a la responsabilité d'identifier et d'analyser les besoins, de planifier les ressources requises pour répondre à ces besoins, d'établir des normes pour la distribution des biens et services et d'en contrôler l'application. Une fois les besoins analysés, le gouvernement peut inviter l'entreprise privée à soumettre ses propositions pour les combler. Afin de savoir s'il est plus rentable de confier le projet à l'entreprise privée, l'État peut effectuer une analyse des coûts et bénéfices. Si l'État décide d'autoriser les entreprises privées à fournir certains services, il doit également leur accorder le leadership et l'autonomie nécessaires pour réussir dans leur entreprise.

#### Modèle de partage des responsabilités: privées/publiques

Il est souhaitable, pour une société, d'assurer à ses membres la liberté, la justice et l'efficacité. Le partage des responsabilités sociales entre les individus, le gouvernement



et l'entreprise privée favorise la recherche de cet idéal. D'ailleurs, plusieurs instruments sont disponibles pour permettre à la société d'atteindre ses objectifs: gouvernement, familles, associations, institutions religieuses, marché.

Le modèle de Savas (1982), présenté au tableau 9, fournit une grille intéressante sur le partage des responsabilités entre les divers partenaires; il permet de définir la nature du bien et du service à produire pour ensuite déterminer qui doit l'offrir et de quelle façon. Savas distingue dans ce tableau quatre types de biens et de services dont la population a besoin. Ce sont les biens privés, les biens payants, les biens communs et les biens collectifs. Cette classification est basée sur les caractéristiques des biens et services et la possession de la propriété d'exclusion ou celle de consommation collective.

<u>Biens privés:</u>	Biens de consommation individuelle fournis par le marché à la demande du consommateur; ce dernier peut pratiquer l'exclusion i.e. ne pas se procurer ce bien ou se prévaloir de ce service. Exemple: tous les biens achetés sur le marché.
<u>Bien communs:</u>	Biens de consommation individuelle fournis gratuitement par la nature, pas de possibilité d'exclusion. Exemple: poissons de rivières, air.
<u>Biens payants:</u>	Biens de consommation collective avec possibilité d'exclusion, peuvent être fournis par le marché. Exemple: chemins de fer, aqueduc, électricité, téléphone.

Biens collectifs: Biens de consommation collective sans possibilité d'exclusion et fournis par la collectivité.  
Exemple: défense nationale, parcs, service de pompiers.

Si les services de santé et d'hébergement se situent entre les biens privés et les biens payants, pouvant donc être fournis par le marché, il reste que depuis plusieurs années, ils sont considérés comme des biens de type collectif. Le choix des arrangements entre le gouvernement et les producteurs privés pour la distribution des biens et services se fait à partir de la nature même de ces biens et services.

Tableau 9

Sortes de biens et arrangements institutionnels  
requis pour leur distribution (Savas, 1982)

TYPES D'ARRANGEMENTS	BIENS PRIVÉS	BIENS PAYANTS	BIENS COLLECTIFS	BIENS COMMUNS
Service gouvernemental		X	X	X
Entente intergouvernementale		X	X	X
Contrat-vente de services		X	X	X
Franchise		X		
Subsides au producteur	X	X		X
Subventions au consommateur	X	X		X
Marché privé	X	X		
Organisation bénévole		X	X	X
Autosuffisance (self service)	X			

Les biens privés et les biens payants sont fournis par le marché et la collectivité intervient peu dans leur production, si ce n'est pour établir les règles du marché, pour assurer la qualité des biens et pour régulariser les biens payants qui ont un monopole naturel. Par contre, l'action de la collectivité est indispensable pour assurer l'approvisionnement des biens communs et des biens collectifs et pour assurer que soient fournis les biens privés et payants qui doivent être considérés comme biens collectifs et donc subventionnés.

Tableau 10

Types d'arrangements et leur mode d'organisation (Savas, 1982)

TYPES D'ARRANGEMENTS	ORGANISATION	PRODUCTEUR	PAYEUR
Service gouvernemental	gouvernement	gouvernement	population active au travail
Entente intergouvernementale	gouvernement	gouvernement	gouvernement
Contrat	gouvernement	entreprise privée	gouvernement
Franchise	gouvernement	entreprise privée	consommateur
Subsides au producteur (grant)	gouvernement et consommateur	entreprise privée	gouvernement et consommateur
Subventions au consommateur	consommateur	entreprise privée	gouvernement et consommateur
Marché privé	consommateur	entreprise privée	consommateur
Organisation bénévole	org. bénévole	org. bénévole ou firme privée	org. volontaire
Autosuffisance	consommateur	consommateur	

De plus, Savas (1982) précise dans le tableau 10 que l'organisateur est celui qui choisit le producteur et qui l'assigne au consommateur qui est considéré comme l'agent payeur. Pour les biens de nature

collective, l'organisateur a l'autorité d'imposer des taxes et d'évaluer les produits. Le producteur est l'agent qui fournit le bien ou le service. Un producteur peut être une unité gouvernementale, une division particulière, une association de citoyens volontaires, une firme privée, une agence sans but lucratif ou le consommateur lui-même. Le consommateur est celui qui obtient ou qui reçoit le service ou le bien. Dans le système de subsides au producteur, le choix du consommateur est limité aux producteurs qui reçoivent des subsides s'il veut lui-même profiter de ces octrois. Par contre, le système de subvention au consommateur augmente ses possibilités de choix sur le marché privé; par exemple subventionner le consommateur sous forme de supplément de revenu ou d'allocation de logement plutôt que de subventionner le propriétaire sous forme d'aide à la construction et à la rénovation des bâtiments. Stimuler le consommateur à magasiner, c'est encourager la compétition dans les services et accroître leur qualité et leur efficacité. Pour cela, le gouvernement et les consommateurs ont à préciser, pour l'entreprise privée, les critères de qualité recherchés.

Les services, pour être facilement fournis, que ce soit par une entente contractuelle, une franchise ou une subvention, doivent être très bien définis. Moins ils sont définis, plus ils exigent d'être supervisés, plus le producteur doit recevoir de feedback du consommateur, plus la négociation et la coordination

doivent être étroites entre l'organisateur et le producteur.

En terme de production, les alternatives au secteur privé (subsides, subventions, contrat, franchise) peuvent être intéressantes et pour le gouvernement et pour le marché privé. Elles permettent d'augmenter la variété des services, de stimuler la concurrence et de favoriser une meilleure qualité de services. La réglementation gouvernementale doit cependant être dosée pour ne pas être trop sentie, ce qui aurait pour effet de diminuer la compétition. Une réglementation correcte préserve les avantages du marché privé. Il s'agit de bien équilibrer le mélange de compétition et de régulation dans une économie limitée en ressources de santé et ce, tout en respectant la liberté des individus et en assurant la justice sociale.

#### L'hébergement pour les personnes âgées

Au Québec, en 1987, l'hébergement est encore perçu comme un bien de nature publique à cause de ses antécédents des années 70 et à cause de la responsabilité de l'État qui demeure essentielle dans ce domaine. Il tend cependant à devenir davantage un bien privé et payant. Ainsi, la demande des consommateurs se modifie; elle varie selon l'entreprise à laquelle elle s'adresse. Les demandes faites à l'entreprise publique sont le produit de la

collectivisation, de la centralisation alors que celles faites à l'entreprise privée sont décentralisées et diversifiées. Le marché privé doit alors varier son produit pour répondre à ces demandes. Pour sa part, Bélanger (1980) considère que le réseau public, par des demandes variées des citoyens, par les processus politiques et bureaucratiques, standardise son produit et provoque aussi une inadaptation des services aux désirs ou préférences variés des citoyens. Un choix collectif ne peut refléter les différentes particularités des préférences individuelles mais entraîne un produit "normé". Face à ce changement possible, l'État et le marché privé ont avantage à développer une grande variété d'un même bien afin de répondre à diverses clientèles. Il en résultera une plus grande satisfaction des désirs de ces clientèles et de meilleures chances de réussite dans le secteur privé. L'État se doit d'être l'instigateur de la concertation nécessaire entre lui et ses agents économiques. Le système, dont l'État a la responsabilité, doit se baser sur la négociation tripartite: personnes âgées - fournisseurs - gouvernement.

En terme d'hébergement, une approche globale permettrait une complémentarité, une meilleure répartition des ressources et probablement de délester les établissements réservés aux cas requérant des soins infirmiers continus de la clientèle autonome. L'amélioration des politiques publiques en association avec une

meilleure organisation du management privé contribueront à rendre les services publics plus adéquats. Pour cela, une planification mieux structurée est désirable et une définition précise du rôle du gouvernement face à l'entreprise privée: régler, contrôler, influencer et améliorer l'entreprise privée. Pour l'État, les avantages seraient: diminution des coûts, possibilité de référence pour évaluer sa propre performance, amélioration de l'efficacité des services et des standards.

#### Relations entre la société et les secteurs privés et publics

Les réalités sociales actuelles nous permettent de réfléchir sur l'interaction entre l'entreprise privée et l'État. Cependant, la population étant devenue plus critique et plus méfiante envers l'appareil gouvernemental, elle tolère moins l'intrusion dans la vie personnelle; la société se responsabilise, les gens voulant davantage connaître et être impliqués dans le processus décisionnel.

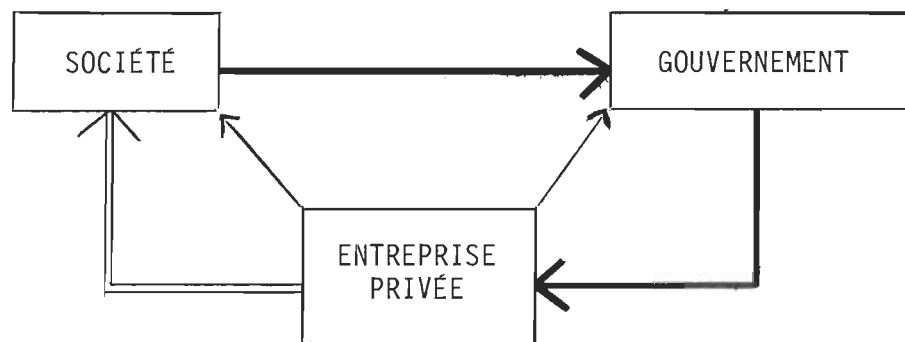
Les buts et les activités des groupes socio-économiques sont davantage dépendants d'un consensus social. Ceci engendre un mode de coalition où le monde des affaires et le gouvernement sont obligés de coopérer entre eux et avec la population. La marge de manoeuvre est réduite et pour le gouvernement et pour l'entreprise privée; leurs objectifs se recoupent. Ils ont de

plus en plus besoin l'un de l'autre. Ainsi prend naissance un nouveau mode de relation entre eux, basé à la fois sur l'interaction et sur la différenciation afin d'améliorer leur efficacité réciproque.

L'auteur américain Benton (1980) illustre simplement, par les schémas suivants, le changement dans le processus interactif affectant les partenaires sociaux.

Figure 1

Interaction actuelle entre la société et  
l'entreprise privée (Benton, 1980)

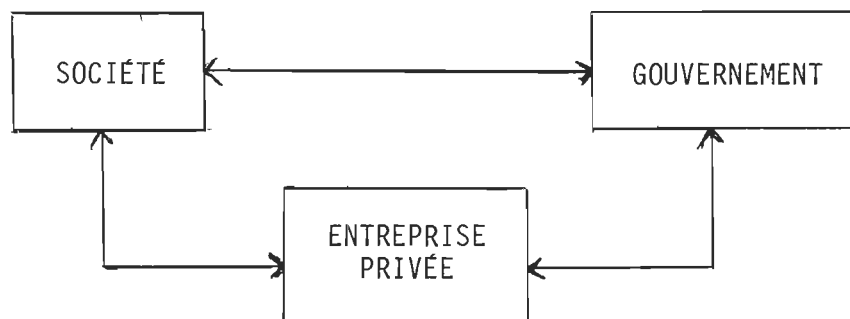


Légende:   
 ————— influence marquée  
 = = = = = influence moyenne  
 ———— peu d'influence



Figure 2

Interaction projetée entre la société, le gouvernement  
et l'entreprise privée (Benton, 1980)



Cette interaction se retrouve à trois niveaux: primo par des ententes entre le gouvernement et les organismes sociaux, secondo par de nouvelles formes de coopération et de coordination entre les institutions publiques et privées et tertio par l'activité gouvernementale de support aux entreprises (avis, aide financière, etc.). Ce mode d'échange recherché ne peut être réalisé que si les parties se considèrent comme des partenaires qui établissent les fonctions et responsabilités de chacun. Le modèle interactif de la figure 2 suppose que les partenaires ont une connaissance, une compréhension et une acceptation mutuelle du fonctionnement de chacun et un réseau efficace de communication.

Analyse des statistiques existantes pour  
la région des Bois-Francs

Relevé des ressources disponibles

Nous pouvons identifier sur le territoire du CLSC Suzor-Côté les ressources aux âgés suivantes qui sont situées dans l'environnement de Victoriaville-Arthabaska:

- Un centre hospitalier à vocation de courte durée de deux cent soixante et une (261) places et possédant une unité de soins de longue durée qui comprend vingt-huit (28) places pour des patients nécessitant des soins médicaux continus et requérant une surveillance sur vingt-quatre heures. Présentement, le centre fait des démarches pour que ces places soient modifiées en places de gériatrie active ayant comme incidence que les patients seraient considérés en phase devant recevoir des services de courte durée en soins infirmiers, réadaptation, services sociaux et de soutien et, lors du congé médical, pourraient retourner à domicile évitant ainsi l'institutionnalisation.

- Un centre hospitalier de soins de longue durée qui possède cent (100) places pour des patients requérant des soins médicaux continus et une surveillance sur vingt-quatre heures. De plus, le centre offre des services de réadaptation et possède un centre de jour desservant le bassin immédiat des âgés vivant à domicile près du centre.

Ce centre est en discussion présentement pour être doté d'une spécialisation ayant comme qualificatif "Hôpital de jour" qui devrait fournir, selon Kennedy (1984), une intervention médicale de base, une administration de soins, une possibilité de réadaptation et des services paramédicaux dans le but de maintenir et de supporter l'autonomie des personnes vivant à domicile.

- Un centre d'accueil et d'hébergement possédant cent cinquante (150) places assignées à des patients en légère perte d'autonomie.

- Foyers privés: Il existe présentement, selon les permis émis par le MSSS, quatre établissements totalisant cinquante-cinq (55) places d'hébergement à Arthabaska et quarante-cinq (45) places à Victoriaville. Ces foyers dispensent des services à des personnes ne requérant que du soutien primaire (gardiennage, repas, entretien ménager).

- Habitations à loyer modique: Nous pouvons identifier un complexe représentant trente (30) logements à Arthabaska et un complexe de cent trente-trois (133) logements à Victoriaville. Les personnes habitant ces loyers sont considérées autonomes et ne requièrent aucun soins médicaux mais peuvent obtenir des services de soins à domicile (prise de pression, aides familiales).

- Familles d'accueil: Remplaçant la famille défaillante, les familles d'accueil sont reconnues par le Centre des services sociaux comme ressources au maintien à domicile. Dans le territoire

des Bois-Francs, elles sont au nombre de soixante-dix (70) et peuvent accueillir environ deux cent cinquante (250) personnes.

- Pavillon: Cette ressource résidentielle intermédiaire reçoit des personnes âgées en légère perte d'autonomie et est rattachée, en vertu d'un contrat de biens et services, à un établissement public d'hébergement qui est, entre autres, responsable de la supervision du plan d'intervention du bénéficiaire hébergé. À Victoriaville, trente-cinq (35) places sont reconnues par le MSSS et reliées à un centre d'accueil et d'hébergement de la région. Ces ressources, selon nos informateurs du milieu des Bois-Francs, pourraient amplement répondre aux besoins identifiés de la population des 65 ans et plus. Cependant, nous constatons que dès la création de nouvelles ressources dans le milieu, la demande existe et répond à cette offre d'hébergement collectif. Nous sommes d'avis que les besoins en hébergement identifiés auprès des organismes dûment reconnus dans le Réseau des services de santé et sociaux sont sous-évalués et ce, probablement dû au fait que le nombre identifié correspond aux cas pressants, les gens connaissant les délais de réponse aux demandes; ils ne font pas la démarche ou attendent que cela devienne urgent et pénètrent dans le système par le biais de l'urgence du centre hospitalier de courte durée.

Selon une étude du Conseil régional de la santé et des services sociaux (1975), on constate pour la région administrative 04 que plus les ressources d'hébergement existent, plus la demande se manifeste. Le cas de Lotbinière vient appuyer leur constat où 26,5% de la population âgée du bassin est en hébergement, les ressources étant supérieures, en 1974, à la moyenne de la région 04. La norme utilisée en 1974 par le ministère des Affaires sociales précisait que 6% de la population des 65 ans et plus requerrait des services en hébergement collectif. Il faut mentionner que cette norme s'est avérée très contestée par les établissements qui argumentaient que le vieillissement de la clientèle n'était pas considéré de façon adéquate.

Dans le relevé des ressources disponibles, nous avons constaté que nous avons des établissements de grande dimension pour la majorité des places disponibles et très peu qui rencontrent le concept de format entre trente (30) et cinquante (50) places. Nous avons dénombré cinq établissements rencontrant cette dimension. Nous avons cependant exclu les familles d'accueil de ce décompte, considérant qu'elles présentent plus des dimensions familiales.

#### Identification de la clientèle et de la demande exprimée

Nous avons, au tableau 11, précisé la perspective au

niveau de la démographie pour le bassin de population qui nous concerne. Nous avons pu connaître, grâce à des statistiques internes du CLSC Suzor-Côté (1983), comment se répartissent sur le territoire du CLSC les personnes âgées prises en charge par l'équipe des soins à domicile.

Tableau 11  
Répartition des bénéficiaires de plus de 65 ans  
du CLSC Suzor-Côté (1983)

	NOMBRE	%
Victoriaville	303	49,8%
Arthabaska	55	9,0%
Warwick	46	7,5%
Princeville	98	16,0%
Chesterville	4	17,7%
Daveluyville	21	
Kingsey Falls	13	
Norbertville	2	
Ste-Clothilde	11	
Chester-Est	4	
St-Albert	7	
St-Louis de Blandford	8	
St-Rosaire	2	
St-Samuel	2	
St-Élisabeth	1	
Tingwick	11	
St-Valère	13	
St-Rémi de Tingwick	7	
TOTAL	608	100,0%

Nous pouvons constater que près de 60% de la population des âgés inscrits pour des services de soins à domicile se situe

dans le bassin de Victoriaville et d'Arthabaska, ce qui laisse présager que les besoins d'hébergement seront plus aigus dans ces deux municipalités vers les années 2000.

Selon une étude menée par Chaussé (1984) sur les besoins de services à domicile du territoire Bois-Francs, il ressort clairement des réponses obtenues par la cueillette de données que les âgés requièrent, à 82,5% des cas, des services d'entretien généraux (incluant entretien ménager), 17,5% recherchant des besoins de support moral et d'hygiène corporelle. Dans la même étude, nous pouvons constater une carence précise entre le centre d'accueil et le HLM, une ressource où le regroupement des âgés serait possible tout en les gardant indépendants. Ce constat permet de croire que des ressources privées pourraient y trouver une ouverture sur le développement de services aux âgés désireux de vivre pleinement leurs dernières années de vie.

Il fut de plus clairement établi dans l'étude de Chaussé (1984), auprès de cinquante-neuf (59) répondants représentatifs des différents milieux concernés, que les priorités suivantes étaient suggérées par les âgés établis dans les CAH, les HLM et dans les foyers de la région des Bois-Francs:

- Obtention de services d'aides pour répondre à un besoin de sécurité;
- disponibilité d'un service d'urgence de nuit;

- visites médicales à domicile;
- de l'information sur les services disponibles et les activités de loisirs auxquels ils peuvent avoir accès;
- lorsqu'ils demeurent dans un milieu familial, qu'il existe de l'aide pour soulager occasionnellement les répondants (lits de dépannage en milieu institutionnel);
- disponibilité de main-d'oeuvre pour des travaux lourds;
- accessibilité à des programmes de réadaptation;
- surveillance accrue dans les HLM;
- ressources intermédiaires entre le foyer et les HLM.

Nous retirons en plus de cette étude les raisons pour lesquelles les âgés craignent l'hébergement en centre d'accueil:

- Chambres trop exigues;
- toilettes partagées;
- proximité des grands malades;
- règlementation;
- prix prohibitif versus services obtenus;
- ennui possible de son environnement antérieur.

Selon des consultations menées auprès de quatre personnes faisant partie des CLSC, CHSP, CAH et de l'Office municipal d'habitation de Victoriaville, il appert qu'il existe un manque de res-



sources dans le milieu pour les gens à l'aise financièrement et qui ne veulent pas s'institutionnaliser. Ils ne sont pas en priorité dans les HLM; donc, leur seul refuge s'avère être les constructions à logements multiples privés sans aucun services pouvant leur faciliter leur autonomie: soins infirmiers, gardiennage, sécurité, activité de groupe, etc.

De plus, dans l'étude menée par le CLSC Suzor-Côté (1983), il souligne un déplacement des populations des municipalités environnantes vers Victoriaville-Arthabaska. Les principales raisons invoquées sont: le rapprochement vers les services publics, vers la famille, vers la sécurité du milieu versus la campagne où il existe des distances entre voisins et ce, surtout dans les cas d'aide qui serait requise rapidement.

Nous avons constaté aussi un large consensus sur le besoin de concertation du milieu tant public que privé afin que les ressources existantes soient utilisées de façon optimale. Chaque organisme, à sa façon, rend des services à une communauté et se doit de les rendre dans une perspective visant à ne pas détériorer la condition physique des âgés pouvant, par ce phénomène de dégradation, devenir un fardeau additionnel pour la société.

#### Caractéristiques du milieu au niveau communautaire

La région des Bois-Francs est reconnue pour le dévelop-

pement des ressources communautaires et pour sa prise en charge par le milieu des besoins rattachés aux âgés.

Il suffit de mentionner le Carrefour d'entraide bénévole des Bois-Francis qui compte plus de cent (100) bénévoles oeuvrant dans l'accompagnement, popote roulante, gardiennage, magasinage pour les âgés. De plus, en 1983, a été créée une corporation sans but lucratif pour répondre à un besoin de transport adapté pour personnes handicapées. Mentionnons aussi le Centre de relèvement et d'information social qui fut l'organisme précurseur de la venue du CLSC Suzor-Côté et qui se distingue par son implication communautaire auprès de la population qui requiert des services à caractère social et préventif (aide à domicile, prêt d'accessoire, infirmières visiteuses, vaccination). Enfin, les clubs de l'Âge d'or de la région et l'Institut régional du troisième âge (55 ans et plus) sont très actifs et rejoignent environ mil cinq cent (1 500) personnes qui s'intéressent à des sujets tels que: artisanat, cours de formation, conférences, sports, etc.

#### Pénurie de ressources d'hébergement

Selon une étude de Chaussé (1984), seulement cent cinquante-cinq (155) demandes de logements pour des personnes âgées étaient en attente, totalisant deux cent dix (210) personnes, soit 8,57% de la population âgée de Victoriaville, nous constatons que le bassin de population de 65 ans et plus, surtout pour les

plus démunis, est bien desservi. Cependant, si nous considérons que la moyenne d'âge de la population de 65 ans et plus des Bois-Francis est de 78 ans, nous pouvons croire que notre équilibre en ressources est très fragile et pour cette raison, il est urgent de prévoir des alternatives d'hébergement pour les âgés qui attendent impatiemment des places pouvant répondre à leurs désirs d'obtention des services énumérés précédemment.

Dans ce contexte, les municipalités ont dans leur planification beaucoup de développements de logements multiples qui sont planifiés pour les deux prochaines années. Pour ces raisons, il existe présentement une pénurie de terrains bien situés pouvant répondre aux critères de site idéal pour les âgés; les instances municipales ayant été sensibilisées à ce phénomène, celles-ci se réservent quelques lots pouvant ainsi prioriser une clientèle peu mobile et requérant d'être près des activités du milieu urbain.

#### Degré d'autonomie des âgés en HLM

Une étude récente de Saint-Pierre (1986) fait état des observations retenues auprès de quatre cent (400) personnes âgées vivant dans des HLM sur un nombre potentiel de logements de dix mil neuf cent quatre-vingt-deux (10 982) répartis dans les neuf régions de la province; la clientèle cible étant les personnes âgées vivant depuis deux ans et plus dans les immeubles dont la

construction date de plus de cinq années. L'enquête nous révèle ce qui suit:

- l'immense majorité des aînés vivant en HLM ont un état de santé très satisfaisant, soit 82,1%;
- 97,2% des répondants peuvent subvenir à leurs soins personnels;
- 80,9% peuvent souvent ou en tout temps faire leurs courses eux-mêmes;
- seulement 10,1% des répondants consultent ou voient le médecin plus d'une fois par mois;
- l'enquête compte plus de 15% des répondants qui ont 80 ans et plus.

Ces résultats nous portent à croire que si l'objectif est de maintenir les âgés le plus longtemps possible à l'extérieur des institutions du réseau de la santé et des services sociaux, cette catégorie d'hébergement devrait être multipliée dans les régions du Québec car le degré d'autonomie de la clientèle âgée actuelle vivant en HLM semble très satisfaisant. Cette enquête effectuée pour le compte de l'Association des offices municipaux d'habitation du Québec nous révèle que seulement cinq répondants proviennent de la région de Victoriaville sur les quatre cent (400) interviewés et que la participation aux résultats pour la région administrative 04 est de 10%.

Il est difficile de qualifier les résultats obtenus

dans cette enquête, car la faible participation de la région de Victoriaville ne reflète pas la réalité d'alourdissement de la clientèle âgée qui nous est confirmé par le CSSS, CLSC et OMH de Victoriaville.

### Analyse des entités légales possibles

Dans son étude, Béland (1977) définit l'entreprise comme une activité qui tend à la production ou à la circulation des biens ou à la mise en activité de services d'une façon rentable.

Ces activités pourront être faites par:

- Une personne seule: ce sera l'entreprise à propriétaire unique
- Des personnes réunies en société: ce sera la société civile ou commerciale
- Des personnes associées sous la forme de la corporation: ce sera la compagnie à capital-actions, la coopérative, etc.

### Formes d'entreprises

- L'entreprise à propriétaire unique a l'avantage d'être simple au point de vue organisationnel mais elle comporte des inconvénients: elle n'a que la durée de la vie de son propriétaire; ses sources de financement sont forcément limitées; tous les biens du propriétaire deviennent le gage commun de ses créanciers, y compris les créanciers de son entreprise.

- L'entreprise sous la forme d'une société a l'avantage de permettre le partage des responsabilités entre deux ou plusieurs personnes, mais elle souffre aussi des inconvénients suivants: elle a une durée limitée; dès le décès du premier associé, la société est dissoute; les sources de financement sont limitées au crédit que peut obtenir chaque associé; les associés y engagent tous leurs biens, l'ensemble de ces biens étant le gage commun des créanciers, y compris les créanciers de l'entreprise.

- L'entreprise sous la forme de la corporation comporte plusieurs avantages. D'abord, en principe, elle est perpétuelle; ensuite, elle a une personnalité propre et constitue une entité juridique qui est distincte de celle de ses membres; la responsabilité des actionnaires est limitée au montant de leurs investissements dans l'entreprise; le financement est plus facile puisque le nombre des participants est illimité et que la responsabilité de chaque actionnaire n'est engagée que pour sa mise de fonds. Comme inconvénients, on lui reproche d'être compliquée au point de vue organisationnel, d'être soumise à des obligations de produire de multiples rapports à l'État et d'être régie par des règles fiscales différentes de celles des individus.

La corporation est une création du législateur: par un document officiel, l'État donne naissance à une personne morale qui a des droits, des privilèges et des obligations. L'existence d'une compagnie à capital-actions est confirmée par des «lettres patentes» tandis que pour la coopérative, un simple avis dans

la Gazette officielle du Québec suffit. En droit, il existe donc deux sortes de personnes: les personnes physiques et les personnes morales. Les lois ont accordé aux coopératives le statut de personne morale; elles sont donc des corporations.

Comme corporation, la coopérative est:

- Une personne morale qui a une personnalité juridique propre, distincte de celle de ses membres.
- Elle est perpétuelle, en principe, puisque contrairement aux personnes physiques, le terme de ses activités sera volontaire; si les membres le veulent, elle pourra n'avoir jamais de fin.
- La responsabilité de chaque membre est limitée au montant de son investissement dans la coopérative, c'est-à-dire au montant du capital social souscrit.
- Son financement, en théorie, est plus facile puisqu'il s'agit d'une association dont le nombre de membres n'est pas limité. Elle pourra obtenir ce financement par la souscription de capital social ou par voie d'emprunt. Ayant son propre patrimoine, elle peut offrir ses biens et valeurs en garantie à ses créanciers ou prêteurs. Les biens personnels des membres ne pourront jamais être recherchés en paiement des dettes de la coopérative. Cependant, si le membre n'a pas acquitté la totalité de sa souscription au capital social, on pourra lui exiger.

Selon Lambert (1964), une société coopérative est une entreprise constituée et dirigée par une association d'usagers, appliquant en son sein la règle de la démocratie et visant directement au service à la fois de ses membres et de l'ensemble de la communauté.

La coopérative est une association libre de personnes possédant une entreprise économique qu'elles dirigent et contrôlent démocratiquement pour la mettre à leur service ainsi qu'au service de tout le peuple. L'on entend par association libre, un regroupement non imposé par des lois, par des décrets, ni aucune forme de contrainte comme cela arrive dans les régimes collectivistes et totalitaires.

Il est important de préciser la signification des termes "possédant une entreprise", c'est-à-dire que chaque coopérateur devient, pour une partie, propriétaire de l'entreprise et c'est sur ce titre que se fondent son droit comme aussi son devoir de diriger et de contrôler l'entreprise. La coopérative reconnaît ainsi admirablement les responsabilités qui sont essentiellement liées à la propriété. De plus, la coopérative, n'exigeant de chaque coopérateur qu'un apport peu élevé de capital-actions, constitue un excellent moyen de diffuser la propriété et de multiplier les petits propriétaires. Les pauvres comme les riches peuvent avoir accès à la coopération selon le Manifeste du Conseil



supérieur de la coopération du Québec (1945); les règles d'action essentielles à la coopérative sont:

- le membre doit être libre d'adhérer à la coopérative;
- la coopérative doit accepter toutes les personnes qui peuvent en devenir membres;
- les membres doivent être propriétaires indivis de la coopérative et aussi en être les usagers;
- chaque membre ne peut avoir qu'un vote;
- les biens ou services doivent être fournis aux membres au prix de revient, sans profit;
- l'intérêt payé sur le capital doit être limité.

Tableau 12

Différences dans l'objet de l'entreprise (Béland, 1977)

ENTREPRISE CAPITALISTE	COOPÉRATIVE
1. Fondée dans le but de faire des profits	1. Fondée dans le but de fournir des biens et services utiles
2. En faveur des actionnaires seulement	2. En faveur du plus grand nombre possible de personnes
3. Au moyen du commerce des biens ou des services au plus haut prix possible	3. Au meilleur prix possible pour ses membres
4. En traitant avec une clientèle étrangère à l'entreprise	4. En faveur de membres qui sont propriétaires de l'entreprise

Le tableau 12 nous indique les différences dans l'objet de l'entreprise qui permet aux individus de faire leur choix en fonction des résultats qu'ils veulent atteindre en collégialité ou en groupe plus restreint. Parmi les quatre éléments de disparités entre chaque entité, nous constatons que le coopératisme est un mouvement authentiquement populaire enraciné dans le milieu québécois, expression d'un système fondé sur des préoccupations sociales. Le mouvement coopératif est fier de ses réalisations passées et peut s'appliquer dans bon nombre de secteurs afin de servir le plus efficacement possible dans l'avenir de la communauté dont il est issu. Il existe cependant des différences majeures entre la part sociale d'une coopérative et une action d'une compagnie à capital-actions.

Le tableau 13 nous précise les différences les plus marquantes entre les deux entités qui pourraient être susceptibles d'intérêt pour les individus voulant s'impliquer dans le milieu de l'hébergement.

Tableau 13  
Comparaison entre la part sociale d'une coopérative  
et une action de compagnie (Béland, 1977)

PART SOCIALE	ACTION
1. Participe à la propriété collective	1. Participe à la propriété totale ou partielle
2. Participe au pouvoir démocratique	2. Participe au pouvoir
3. Participation limitée aux résultats	3. Participation aux résultats
4. Généralement non transférable	4. Transférable
5. Nominative	5. Nominative ou au porteur
6. Remboursable au choix du membre	6. Non remboursable au choix de l'actionnaire
7. Non rachetable au choix de la coopérative	7. Rachetable au choix de la compagnie en certains cas
8. Intérêt limité	8. Dividende illimité
9. Aucune plus-value	9. Accroissement de la valeur
10. Intérêt sur capital non payable à même les réserves	10. Dividende payable à même les surplus
11. Aucune participation à l'actif net au cas de liquidation	11. Dévolution des actifs en proportion des actions

En examinant les différences qui existent selon le tableau 13 entre les entités d'entreprises possibles, nous sommes en mesure de valider que chaque forme d'entreprise est sujette à l'objectif que visent les investisseurs. Ainsi, dans le cas de l'individu voulant rendre service à ses concitoyens âgés, la formule coopérative est certainement la moins engageante financièrement mais la plus astreignante au point de vue implication humaine. En contrepartie, la formule corporative devrait rejoindre plus adéquatement l'investisseur requérant un rendement défini par un dividende payable à même les surplus et par un accroissement de la valeur. Par ailleurs, en ce qui concerne la formule corporative, elle est surtout utilisée dans les secteurs industriels, notamment en fonction d'un capital important qui est habituellement requis dès le départ et les possibilités de financement externe qui sont liées à la sécurité offerte par les fonds propres. Étant donné la rareté de la documentation scientifique pertinente à cette problématique, nous n'avons pu y déceler d'autres formes d'entreprises qui pourraient s'inscrire dans notre modèle au niveau légal.

## Chapitre troisième

### Interprétation des données et recommandations

## Interprétation des données

La cueillette de données et la recension de documentation effectuées dans le cadre de cette recherche permettent de reconstituer un tableau des différents systèmes actuels d'hébergement, tant privés que publics, et de cerner les orientations qui peuvent se dégager dans le domaine de l'hébergement pour les personnes âgées au Québec. Ce portrait des caractéristiques et des lacunes actuelles de chaque forme d'hébergement et de leur relation, ainsi que la volonté de trouver d'autres alternatives aux désirs d'hébergement des âgés, peuvent servir de départ pour l'élaboration du cadre de référence pour le développement de ressources mixtes. En résumé, les constatations suivantes découlent de cette recherche:

- Une volonté clairement exprimée dans les deux enquêtes effectuées auprès des âgés pour qu'il y ait dans les politiques gouvernementales un partage des responsabilités entre l'État et la collectivité en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées;
- une population âgée vieillissante dont les besoins qui se modifient sont en pleine expansion et suscitent des demandes d'hébergement accrues;

- une demande d'hébergement dans les Bois-Francs pour une clientèle à revenu moyen <liste d'attente d'environ deux cent (200)> et qui présente une problématique différente selon que les besoins sont de nature sociale (hébergement seulement) ou médicale (requérant des soins infirmiers);
- un nombre théoriquement suffisant de ressources institutionnelles pour répondre aux besoins d'hébergement, à condition qu'ils aient été adéquatement référés;
- un manque de ressources alternatives légères pour répondre à la demande réelle d'hébergement des 65 ans et plus qui se caractérise principalement par des besoins d'ordre social avec altération légère du degré d'autonomie;
- une fonction publique qui commence à composer avec le secteur privé d'hébergement mais en maintenant des doutes sur le maintien d'autonomie des âgés dans ces milieux, en considérant ces ressources comme éventuellement de l'intégration au système institutionnel;
- un réseau privé d'hébergement, pour les âgés, qui apparaît comme peu organisé, sans vocation propre mais désireux de s'accroître;

- une acceptation du marché privé et un désir d'améliorer la situation et de mieux l'organiser, mais où la notion de profits et de services contraste;
- la volonté pour le réseau privé d'hébergement, selon les désirs des âgés, de les sécuriser en leur permettant une permanence de résidence même en considération de l'alourdissement des besoins au niveau santé possible par les années.

Par ailleurs, une autre constatation qui nous semble des plus urgentes, c'est que le Ministère précise le rôle qu'il entend faire jouer au marché privé dans le domaine de l'hébergement pour les personnes âgées et ce, afin de pouvoir planifier et contrôler le développement de ces ressources. Seront-ils complémentaires ou concurrents des HLM, CAH et même CHSLD publics? Tout dépend de la conception et du statut légal de ces organisations. Les réponses à ces questions dépendent aussi de l'intérêt et de la capacité, pour l'État, de développer lui-même des ressources.

Si nous nous référons au centre d'accueil public ou privé, c'est d'abord un milieu de vie, un substitut de la cellule familiale pour les personnes âgées démunies tant socialement que médicalement. Les besoins à combler sont davantage d'ordre social. Ce centre d'accueil, comme le qualificatif le mentionne, doit

être accueillant, chaleureux, personnalisé, selon ce que sont ses occupants. Il est ouvert à la communauté et axe ses priorités afin d'offrir une bonne qualité de vie aux âgés. C'est aussi un milieu d'aide et de soins pour les personnes âgées. Au Québec, dans le cadre de l'universalité des programmes de santé, toute personne est en droit de recevoir les soins et les traitements requis par son état. Les personnes âgées sont aussi bénéficiaires de cette mesure sociale qu'elles soient autonomes ou hébergées dans des centres d'accueil public ou privé. Pourquoi l'État ne profiterait-il pas de ce moyen pour s'assurer de la qualité des services dans ces établissements? Est-ce que l'hébergement dans le secteur privé signifie aussi la privatisation des services de santé? Que fait-on de l'universalité des programmes de santé?

Il faut aussi préciser qu'offrir des services de santé dans le privé suppose des coûts qui se reflètent directement sur le prix à payer par la clientèle et qui favorisent la discrimination. Cependant, nous sommes conscients, si l'on se fie aux responsables d'organismes consultés, que le système public répond présentement davantage aux plus démunis socialement qu'à la personne qui a un revenu moyen, ce qui en fait, de toute façon, un système discriminant.

#### Propositions de solutions

Un système d'hébergement privé et payant suppose la



possibilité d'exclusion pour le consommateur qui ne veut pas ou qui ne peut pas profiter de ces services. Le modèle mixte proposé devrait permettre aux personnes âgées requérant de l'hébergement d'obtenir une place peu importe leur condition sociale et financière.

La solution qui semble la plus sécuritaire, à court terme, est de réserver le domaine de l'hébergement au secteur public. Les données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche nous laissent croire que cette solution s'avère peu réaliste et déjà dépassée: le secteur public ne peut plus assumer seul les coûts d'un tel programme; les acteurs du système public se préparent déjà à un partage des responsabilités et en voient l'importance; les intervenants du secteur privé pourraient, dans une structure établissant leur champs de compétence et qui serait quelque peu différent de ce qu'on connaît présentement, mieux s'organiser et développer des ressources qui répondraient plus adéquatement aux besoins, car le consommateur serait un client et la concurrence lui permettrait d'exiger plus pour le même prix.

Une seconde solution serait de conserver le statu quo, c'est-à-dire poursuivre le développement des diverses entités privées selon un modèle bureaucratique non planifié et pour lequel les contrôles de qualité et de quantité sont quasi inexistantes, à l'exception des occasions de plaintes formelles de la part des

âgés ou de leurs répondants auprès des conseils régionaux ou du Ministère lui-même. Il s'agirait, à court terme, que le Ministère définisse mieux les critères de qualité de vie et de soins, qu'il les fasse connaître et en contrôle l'application. De plus, le Ministère se doit, dans l'immédiat, de clarifier les modes d'intervention de certains organismes, comme les CRSSS, les CSS et les CLSC, dans leur rôle de coordination des ressources aux âgés. Il nous semble que l'approche qui pourrait en émerger permettrait de favoriser le développement de centres bien structurés, normatifs et non polyvalents. Est-ce là ce qui est recherché? Nous constatons déjà que la génération adulte actuelle commence à préparer sa vieillesse sachant fort bien que, tôt ou tard, le cordon ombilical qui la relie à l'État nourricier sera sectionné. Devons-nous poursuivre la centralisation de ces besoins au secteur public seulement alors que la communauté peut supporter ses aînés? L'État lui-même favorise une décentralisation de la prise en charge des personnes âgées par le maintien à domicile, subvention à des organismes bénévoles, etc.

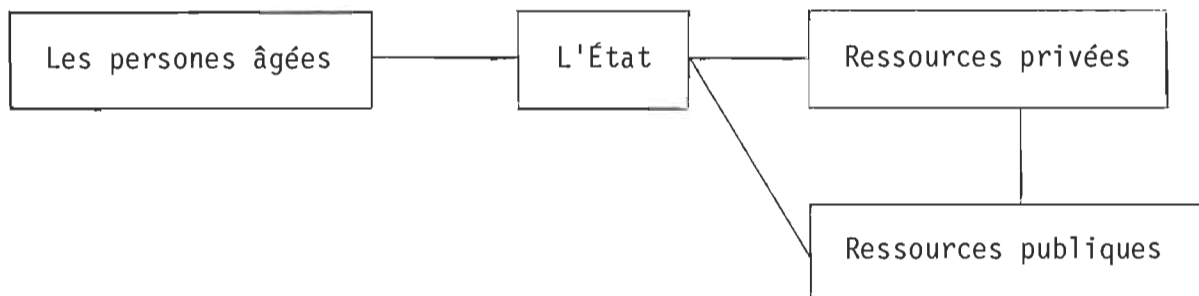
Une troisième solution peut être évoquée, celle de laisser le développement des privés sous l'égide des règles du marché et avec une intervention minimale de l'État. Nous croyons que ce mode de fonctionnement pourra peut-être s'appliquer dans le futur, mais ne peut être retenu présentement si nous considérons les trois raisons suivantes: la tradition depuis les années 70

de dépendance des personnes âgées envers l'État qui les empêche de se comporter en véritables consommateurs; l'incapacité du secteur privé d'agir et le problème actuel de non rentabilité auxquels ils ont à faire face.

Une quatrième solution nous apparaît la plus intéressante, la plus convenable et la plus souhaitable, à court et à moyen terme. Elle se base sur le principe premier qui doit présider au développement des ressources, celui de respecter et de répondre à la demande et aux besoins d'hébergement des personnes âgées. Cette solution veut leur permettre d'exercer leur liberté de choix; favorise la création de ressources d'hébergement souples, variées et ouvertes, offrant aux aînés la qualité de vie et de soins qu'ils sont en droit de recevoir. De plus, elle se veut aussi une approche globale et conjointe de l'organisation des services d'hébergement; c'est la recherche du consensus entre quatre partenaires:

Figure 3

Approche globale et conjointe de l'organisation



Les partenaires associés par un objectif commun (la personne âgée) se doivent d'être animés du désir de concertation, favoriser les échanges et les ententes tant au niveau stratégique que tactique et opérationnel.

Proposition d'un cadre de référence pour le développement  
des ressources mixtes d'hébergement

Il est possible, suite à cette recherche, de proposer certains principes qui peuvent servir de référence pour le développement futur de ressources d'hébergement. Ces guides, comme l'ensemble de la présente recherche, ont été élaborés en gardant en mémoire trois règles immuables dans l'organisation d'hébergement privé:

- Le respect de la liberté de choix des personnes âgées, de leurs demandes et besoins d'hébergement;
  - les règles particulières du marché privé et ses obligations dans le domaine de l'hébergement;
  - la responsabilité de l'État dans le secteur de l'hébergement, secteur d'intérêt public dont le législateur a confié la responsabilité et le contrôle au Ministre de la Santé et des Services sociaux.
- Libre choix du consommateur de services d'hébergement

Tant le développement du réseau privé que public d'hébergement devrait, en principe, découler de la capacité pour les

personnes âgées de se comporter en vrais consommateurs, i.e. exprimer leurs préférences, exercer leur liberté de choix.

La situation actuelle est cependant fort différente et les âgés, non seulement exercent peu leur liberté de choix en matière d'hébergement, mais s'en remettent à l'État pour décider des caractéristiques de leur futur milieu de vie. La tradition de dépendance des personnes âgées envers l'État oblige ce dernier à assumer cette responsabilité. Il lui appartient néanmoins, s'il accepte d'accroître le secteur privé d'hébergement, d'informer les âgés sur les ressources actuelles disponibles et de les inciter à s'impliquer dans la définition des ressources répondant à leurs exigences.

Et comme le soumet avec beaucoup de justesse Kane (1978)

"If we look to market forces to impose the quality of nursing home life, we must provide consumers their advocates with better means to making informed choices" (p. 913).

La population âgée future aura un profil plus scolarisé, plus fortuné et mieux préparé à vivre la période de vieillissement. On peut supposer qu'elle établira elle-même les règles du marché dans le domaine de l'hébergement. La réglementation gouvernementale pourra alors être atténuée là où la concurrence aura prouvé son efficacité à assurer des services de qualité.

L'administration publique doit être consciente de cette mutation et prévoir dès maintenant des politiques d'intervention adaptées à cette période transitoire. Ce nouveau mode d'organisation n'exclura cependant pas l'intervention de l'État dans le réseau privé. Il conserve en effet sa responsabilité envers les personnes âgées, particulièrement les plus démunies.

- La responsabilité sociale des centres d'hébergement privés

La notion de partage de responsabilité envers les personnes âgées se doit d'inclure tous les intervenants sociaux, autant ceux du privé que du public. De même, les principes qui seront énoncés par l'État dans la politique globale envers les aînés se doivent d'être uniformes. Les centres d'hébergement deviennent le logis des personnes âgées incapables de demeurer à domicile. Ils doivent donc leur fournir des conditions d'existence semblables à celles qu'elles auraient à domicile. Ces endroits se doivent de créer un environnement qui répond aux besoins particuliers des clients et qui respecte leur intimité et leur dignité. Pour ces raisons, il devient plus difficile pour les centres d'hébergement privés à but lucratif de répondre à cet objectif social tout en conservant leur objectif de rentabilité. Cependant, nous croyons que cette difficulté peut être surmontée par la performance opérationnelle des activités requérant de la main-d'oeuvre moins onéreuse que le secteur public.

- L'interrelation privé-public

Dans le secteur de l'hébergement, il existe un marché privé qui se développe en parallèle du secteur public et les deux groupes sont des fournisseurs de certains services identiques. L'exigence d'une étroite interrelation s'estompera probablement lorsque les personnes âgées se comporteront en consommateurs et le secteur privé existant se devra d'agir en véritable entrepreneur privé.

Comme le mentionnait le Ministre des Affaires sociales, en novembre 1985, lors d'une allocution auprès des dirigeants de l'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec:

"Vous avez relevé le défi de l'excellence, vous avez maintenant à relever celui du «partnership»; l'État providence, c'est dépassé; les années qui s'annoncent sont des années de mise en commun; ce sera un tournant temporaire, mais une orientation durable."

Dans l'attente de cet avènement possible, et en tenant compte de ce qui existe dans le secteur privé, il apparaît souhaitable que les relations privé-public soient favorisées à divers paliers selon les types d'intervenants et les rôles qui leur sont dévolus.

Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont la responsabilité est de type stratégique, pourrait avoir comme consultants et interlocuteurs les associations de personnes âgées ou de citoyens, les associations représentant les différentes formes d'hébergement et les organismes de décentralisation tels les CRSSS et les CSS.

L'État, mieux informé, pourra alors mieux définir l'orientation générale à donner en matière d'hébergement et identifier les volets susceptibles d'être comblés par le secteur privé par rapport au secteur public. C'est donc à un niveau décentralisé que pourraient se définir les critères de développement de l'hébergement privé ainsi que les modalités d'application des règles générales établies par le Ministère. Déjà, des participants à certaines structures, comme les tables de concertation et les comités d'admission, entrevoient de façon positive ces avenues pour parfaire les réseaux régionaux et locaux d'hébergement. Au niveau opérationnel local, l'interrelation privé-public pourrait se manifester par des échanges de services et des programmes conjoints entre organismes privés, CAH public, CLSC et CHCD.

- L'État, concepteur et coordonnateur

L'État se doit de déterminer et de faire connaître la future orientation qu'il entend donner au secteur public d'héber-



gement. Une fois les responsabilités vis-à-vis les clientèles définies auprès des CAH publics, il devient possible de donner une orientation soit complémentaire, soit concurrentielle au secteur privé. Étant encore le maître d'oeuvre et la première autorité en matière d'hébergement, c'est à l'État par la suite d'indiquer aux organismes privés ce qu'il attend d'eux tout en tenant compte, comme il a été mentionné précédemment, des règles et des objectifs de ce secteur. Tous les intervenants dans le dossier de l'hébergement devraient être informés de leur rôle afin d'être en mesure de les encourager, de les respecter et de les supporter, s'il y a lieu.

Il est possible que l'hébergement ne devienne jamais un bien privé et payant mais qu'il demeure un bien collectif offert par l'État et la famille, ou par un mélange des deux précédents avec le secteur privé comme partenaire additionnel. Quoiqu'il en soit, il appartient à l'État de prévoir suffisamment de ressources d'hébergement pour répondre à la demande réelle et de subventionner, si nécessaire, les organismes qui offriront les services à sa place ou les personnes démunies financièrement qui auront besoin de tels services.

#### Éléments d'opérationnalisation de l'hébergement mixte

Aux principes et suggestions déjà identifiés peuvent

s'ajouter certains moyens réalisables à court terme dans un secteur en mutation.

1. Humaniser et développer l'efficacité dans les services d'hébergement

Vouloir développer un système d'hébergement, c'est accepter de le voir, en réalité, comme une réponse à des besoins d'ordre social surtout. C'est le concevoir comme un service social d'abord avec une composante importante en soins de santé. L'orientation sociale du système d'hébergement peut constituer une vocation commune à tous les centres et services existants et aider à consolider le réseau d'hébergement privé-public. Que cette mesure ou d'autres d'égale envergure et d'égale portée pour l'amélioration des services soient retenues, le Ministère aura à les publiciser, à déterminer des standards, à les contrôler (ou les faire vérifier) et à fournir des incitatifs pour qu'elles soient mises en pratique.

Stimuler l'application d'une telle politique gouvernementale peut engendrer une saine concurrence entre les autres et avoir pour effet de bonifier la qualité des services. Dans cette optique, les normes d'agrément se convertissent en critère de qualité de vie et de soins élaborés par des professionnels compétents, non pas à partir de la conception qu'en ont les bureaucrates, mais selon celle des personnes âgées.

## 2. Coordination de tous les services d'hébergement

Le contexte d'incertitude dans lequel s'inscrivent les relations entre les secteurs privé et public constitue un malaise qui nuit à la communication et à l'ajustement mutuel. Il semble que les principales causes de cette situation soient l'insuffisance de leadership et de coordination, ainsi que le manque de connaissance inter-organisation. Le premier correctif à apporter consiste probablement à donner une orientation générale pour l'ensemble des centres d'accueil publics et privés existants et de définir les rôles et la place de chacun des groupes.

Les tâches de coordination et de liaison entre les centres devraient être confiées aux organismes officiels de coordination que sont les CRSSS.

## 3. Développer des ressources variées d'hébergement dans le secteur privé

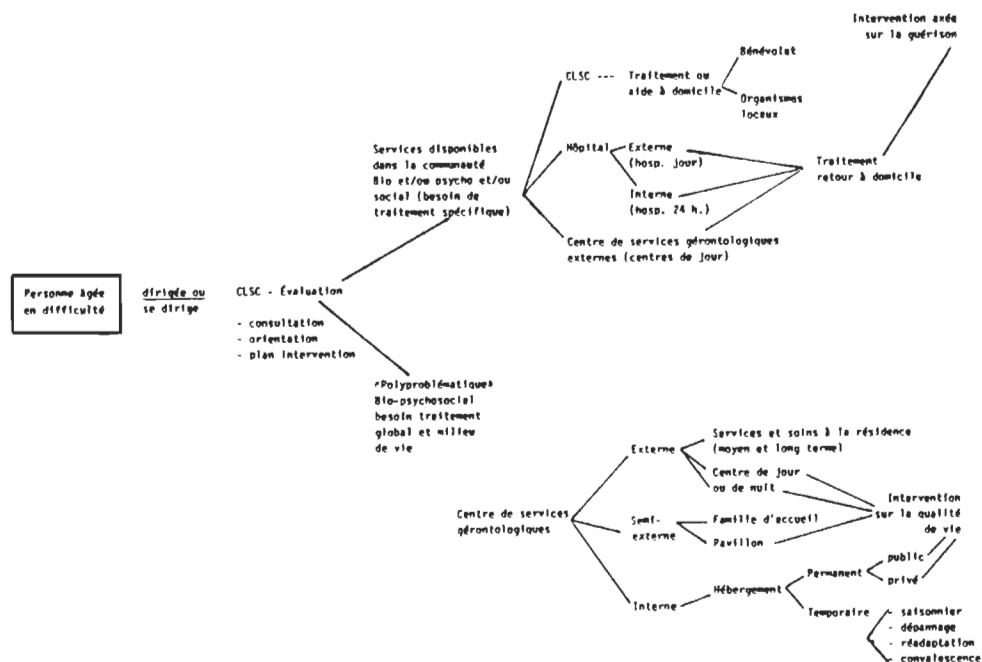
Comme nous avons pu le constater dans la recherche des besoins et désirs d'hébergement, les clientèles étant diversifiées et présentant des besoins variés, il est opportun de suggérer plusieurs modèles de structures d'hébergement: hôtels ou condominiums avec services de soins et d'assistance; centres avec des unités domiciliaires autonomes et ayant accès à une gamme de services d'assistance et de prévention; unités de logements multiples

ayant les mêmes caractéristiques de soins et d'assistance qui demeurent les éléments primordiaux requis par les personnes âgées.

Toutes ces alternatives devraient avoir un double objectif commun: donner à la personne âgée un sentiment d'autonomie et d'appartenance à un groupe de petite dimension, vingt (20) à trente (30) personnes par unité de vie. Si l'on s'attarde aux demandes d'hébergement des personnes âgées, l'on devrait utiliser la même démarche que celle préconisée par le secteur public mais qui n'est pas présentement applicable dans tous les endroits de la province. Ce modèle de distribution de services proposé par Quintal (1984) nous permet de bien visualiser, à la figure 4, où se situent les besoins en hébergement et les raisons que nous privilégions pour que les ressources en hébergement tant privées que publiques soient dûment accréditées et acceptées par le milieu.

Figure 4

Modèle de distribution de services (Quintal, 1984)



Pour saisir chacun des éléments de ce modèle, suivons une personne âgée en difficulté dans ses démarches pour obtenir de l'aide. Ainsi, elle s'adresse en premier lieu à la ressource ordinairement située à une distance raisonnable de sa résidence, soit le CLSC. C'est à cet endroit qu'on évalue ses besoins, qu'on lui offre la consultation nécessaire et qu'on choisit avec elle une orientation adéquate à partir d'un plan de services précis. Selon les besoins identifiés, deux types de cheminement sont possibles. D'une part, la personne présentant soit un problème d'ordre physique uniquement ou d'ordre psycho-social seulement ou une combinaison de l'un avec l'autre, l'on peut alors traiter un symptôme ou travailler à éliminer la cause du ou des problèmes. Cependant, si nous considérons que son intégrité fonctionnelle n'est pas entravée, son milieu naturel peut l'assumer sans qu'il y ait d'effets négatifs. Tel qu'indiqué à la figure 4, l'intervention est axée sur ce qu'on peut appeler une sorte de guérison, de l'anglais "cure", et elle fait appel soit aux services disponibles dans la communauté ou soit aux services dispensés sur une base externe (à domicile) par un établissement public: CLSC, centre de jour, hôpital de jour, centre hospitalier de soins de courte durée lorsqu'un traitement (ex.: fracture) nécessite une période de séjour limitée avant le retour à domicile.

D'autre part, on retrouve la personne qui présente des

problèmes à facettes multiples où les niveaux biologique, psychologique et social pris isolément, ou l'un en rapport avec l'autre, exercent une influence. La globalité de son autonomie fonctionnelle étant affectée et la capacité de son milieu de lui venir en aide deviennent sérieusement atteintes et compromettent alors son développement potentiel. Dans ce cas, c'est sur l'ensemble des niveaux qu'il faut agir et l'intervention doit être axée sur le maintien ou le développement d'une qualité de vie qui va permettre à la personne de s'adapter aux conditions inhérentes au vieillissement et poursuivre ainsi ses apprentissages. La ressource appropriée pour jouer ce rôle est le centre de services gérontologiques, véritable carrefour de services, pouvant intervenir soit sur une base externe: soins à domicile, centre de jour et de nuit; soit sur une base semi-externe: famille d'accueil, pavillon; soit sur une base interne: hébergement public et privé ou temporaire selon les besoins.

Selon ce modèle, les services sont dispensés suivant un continuum de prise en charge qui correspond à l'évolution de l'état de la personne; les ressources sont organisées entre elles de façon à éviter tout chevauchement de clientèles. Enfin, la personne est assurée de recevoir la réponse la plus adaptée à ses difficultés. Peut-être certains(es) verront-ils(elles) dans ces éléments la description d'une utopie ou encore d'une révolution complète du réseau actuel! Nous croyons qu'il n'en est rien puisque

déjà tout est en place à plusieurs endroits pour réaliser le modèle présenté et que là où ce ne serait pas possible, en raison de contraintes physiques et géographiques, les ressources disponibles pourraient avantageusement compléter le réseau de ressources alternatives là où cela serait nécessaire.

#### 4. Éléments d'intéressement au niveau des investisseurs dans l'hébergement privé

En corollaire des facteurs reliés aux entités légales analysées précédemment, certaines formules d'intéressement auprès des cadres, professionnels, employés du milieu de la santé pourraient y voir un attrait, surtout si elles comportaient un incitatif fiscal. Cette catégorie de contribuable étant dans l'échelle d'imposition à un pourcentage suffisamment élevé (25% à 45%), l'intérêt au point de vue humain et fiscal faciliterait le recrutement de compétence. Dans ce contexte, il existe présentement une formule applicable pour les entreprises à capital-actions cotées en bourse et pour lesquelles l'investisseur peut, par le régime épargne-actions (REA), procéder à un investissement en ayant comme privilège de réduire son degré d'imposition fiscale par une déduction s'appliquant au provincial. Cette formule pourrait, par une modification à la réglementation, être exportée pour la création de centres d'hébergement qui rencontreraient les normes des ministères impliqués et pourraient s'avérer la

bougie d'allumage pour l'implication dans le milieu. Cette formule aurait l'avantage de permettre à la catégorie d'individus oeuvrant dans le milieu de la santé de pouvoir s'adjoindre de gens provenant de milieux d'affaires et autres professionnels pouvant être intéressés à investir.

Une deuxième formule est présentement en place depuis quelques années, tant dans le milieu public que privé. Les régimes d'épargnes différés ont pour principal effet la possibilité de réduire le revenu imposable d'un contribuable dans une année donnée en lui permettant d'utiliser ces sommes d'argent différées des impôts et taxables lors de leur utilisation pour les fins de préretraite, sabbatique, absence-maladie, etc. Considérant que ces sommes d'argent sont investies dans des placements, la plupart à long terme, elles pourraient servir de levier d'investissement dans le milieu de l'hébergement avec la garantie de la caisse de dépôt (60 000 \$ maximum) que ces sommes d'argent, advenant des problèmes de liquidation, pourraient leur être remboursées.

Une troisième formule pourrait s'appliquer par le biais du modèle coopératif où tout le monde contribue pour une valeur nominale (part sociale) afin d'aider au démarrage. Cette formule pourrait certainement être encouragée par le Mouvement coopératif des caisses populaires Desjardins si le projet leur était soumis.



Cette dernière formule pourrait avoir en plus une dimension à but non lucratif et incorporé selon la 3e partie de la Loi des compagnies au niveau fédéral. Nous pourrions l'identifier sous la forme d'une fondation ou sur le modèle association, club de service, club social. Ces deux entités pourraient s'impliquer de par leur charte dans l'aide aux personnes âgées soit par des collectes de fonds, activités sociales pouvant générer des profits et ayant comme possibilité l'émission de reçus de charité pour des contributions à ces oeuvres.

Toutes ces formules ont un point en commun: l'obtention de ressources humaines et financières essentielles pour le genre d'entreprise à vocation sociale qu'est l'hébergement de nos âgés.

#### Objectifs poursuivis par l'implication des gens du milieu de la santé

Enfin, le dernier objectif de notre étude visait à cerner un certain nombre de raisons nous permettant de croire que les ressources humaines du milieu de la santé pourraient démontrer un intérêt pour ce modèle. Sur ce, voici les éléments identifiés:

- Considérant que ces catégories de personnes impliquées dans le milieu de la santé sont conscientes du manque de ressources actuelles en hébergement, leur implication pourrait être plus

facile à obtenir vis-à-vis les formules proposées précédemment de création d'entreprises. De plus, elles pourraient apporter une crédibilité à l'entreprise de par leurs origines et leurs qualifications qui ne peuvent qu'être un gage de sécurité auprès des âgés.

- Possibilité de s'impliquer sur une base privée en tant que ressources spécialisées à temps partiel.
- La connaissance des gens du milieu public pourrait faciliter les ententes inter-organismes.
- Améliorerait par leur formation la cohésion du développement des services spécialisés adaptés pour les âgés.
- Plus grande motivation lors d'exécution de tâches à augmenter la qualité du service, ce dernier point ayant une incidence sur les résultats financiers de l'entreprise.

Selon une étude de Hamelet (1968), après les systèmes de primes et salaires stimulants qui constituent la première amorce de l'intéressement individuel, sont apparues les méthodes d'intéressement collectif à la productivité puis à la prospérité de l'entreprise. C'est la naissance, selon Cliquet (1974), du salaire-participation.

Le cheminement que nous avons suivi nous incite dans

ce domaine de l'hébergement à suggérer la formule de participation au mieux-être de nos âgés.

Pour définir la participation, nous voudrions utiliser ce que Hamelet (1968) écrivait:

"Dans l'entreprise, la participation est d'abord affaire de communication mais elle dépend surtout d'un engagement personnel de chacun. La participation dans l'entreprise ne peut être facteur d'efficacité que si elle est fondée sur le renforcement des structures et de la hiérarchie; elle doit aider à assumer toutes ses responsabilités mais elle ne doit pas saper l'autorité".

Il faut garder à l'esprit que les services à rendre le sont pour des êtres humains qui nécessitent attention, affection et que les gens qui vont y oeuvrer se doivent d'être plus humains et dégager une motivation constante. Pour l'obtention de cette participation, Malterre (1968) explique que l'on se doit de fournir de l'information, faire de la formation et procéder à beaucoup de consultations afin que les employés se sentent impliqués à part entière dans l'entreprise. De par cette implication et aussi par l'apport financier requis, nous sommes d'avis, à partir des expériences qui se véhiculent de plus en plus au Québec et qui se sont avérées des réussites, que cette formule éviterait les structures dispendieuses du réseau public et permettrait une rentabilité.

bilité plus grande ayant comme conséquence directe la possibilité de rendre plus de services pour les coûts actuels identifiés au secteur public dans les catégories d'hébergement identifiées dans le chapitre premier.

## CONCLUSION

L'objectif majeur de cette recherche consistait à identifier les possibilités de développement des ressources mixtes d'hébergement pouvant respecter les exigences mises en place dans le secteur public et pouvant être transportées dans le secteur privé. De plus, en entreprenant cette étude, nous cherchions à connaître un peu mieux ce milieu de l'hébergement pour les âgés et le genre de ressources qui pourrait être requis dans les prochaines années. Enfin, nous voulions que notre étude serve aux gens du milieu de la santé afin de les aider à se positionner sur le futur de ce secteur qu'est l'hébergement pour âgés et leur permettre d'y voir des avenues en tant que personnes ressources et investisseurs.

Après un examen de la documentation et de certaines études réalisées auprès des personnes âgées, nous avons constaté d'une part que notre réseau actuel est très compartimenté et que chaque entité ne poursuit pas un but commun et n'est pas en constante interrelation pour en arriver éventuellement à un résultat unique: assurer la bonne ressource d'hébergement à la personne âgée. Par ailleurs, concernant la recherche de solutions, nous croyons que le ministère de la Santé et des Services sociaux se doit de définir clairement sa position dans le domaine de l'hébergement public et de ce qu'il peut s'attendre comme complément du secteur privé afin de répondre adéquatement à la pression démo-

graphique que nous vivrons dans les vingt (20) prochaines années.

Pour faire la preuve qu'il est possible d'organiser un réseau efficace d'hébergement, nous avons mis à jour certains éléments qui nous démontrent qu'il manque encore quelques maillons à la chaîne et que ces maillons ne pourront pas tous se réaliser sans l'appui des différents milieux intéressés à ce phénomène de l'hébergement pour nos âgés. C'est une tâche pour ceux qui voudraient s'y attarder qui exige du courage, du temps mais surtout à sa base la capacité de reconnaître la légitimité de l'existence du secteur privé d'hébergement. Tout effort de coopération alimenté par l'espoir de répondre aux besoins des personnes âgées sera voué au succès et à des réalisations valables.

En terminant, notre étude peut, pour les personnes moins initiées au réseau public de santé, paraître surprenante vis-à-vis les réalités énoncées et interprétées. Cependant, la vision du vieillissement de notre population se doit d'être concordante avec la notion de processus dynamique dans lequel, malgré le déclin physique inévitable, la personne puisse continuer son développement et découvrir, avec l'aide de personnes intéressées à s'impliquer dans ce milieu, qu'elle est considérée comme un individu à part entière, bénéficiant des mêmes droits, privilèges et devoirs que les autres citoyens. De plus, elle aura droit à la considération,

l'estime et le respect convenant à tout individu appartenant à un groupe stable et reconnu. Ce souci d'humanisation des milieux de l'hébergement se doit d'être continu et dans ce domaine, il faut plus que de l'amateurisme et ce n'est qu'avec des moyens financiers suffisants que nous pourrions atteindre des résultats au niveau du développement de ressources d'hébergement et une meilleure prise en charge par le milieu.



## Appendice A

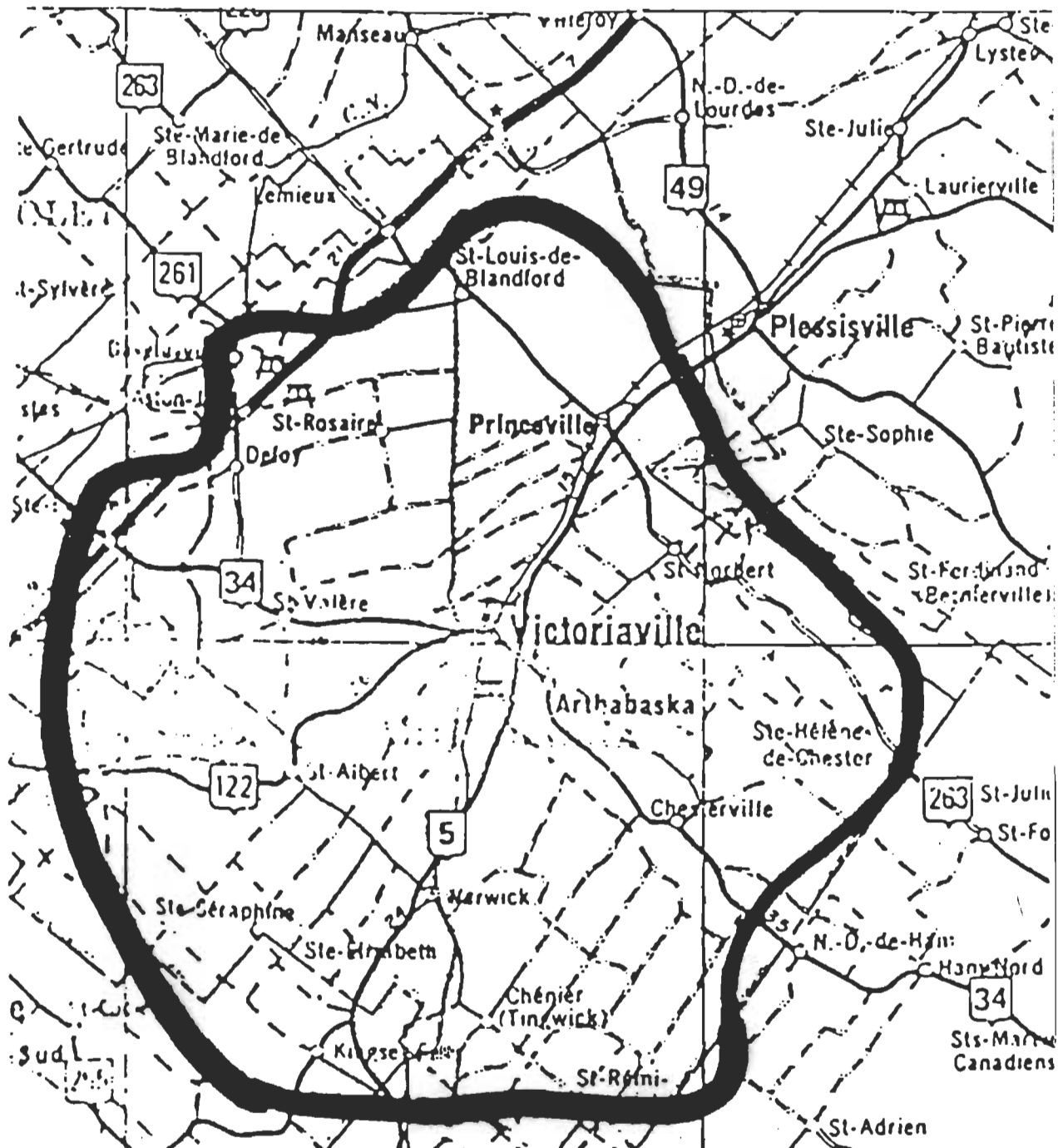
### Liste des abréviations

Liste des abréviations

CAH	=	Centre d'accueil d'hébergement public
CHSP	=	Centre hospitalier de soins prolongés public
CLSC	=	Centre local de services communautaires
CRSSS	=	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSS	=	Centre de services sociaux
DSC	=	Département de santé communautaire
HLM	=	Habitations à loyer modique
MAS	=	Ministère des Affaires sociales (identification valable avant le 21 juin 1985)
MSSS	=	Ministère de la Santé et des Services sociaux (identification adoptée le 21 juin 1985)
OMH	=	Office municipal d'habitation
SCHL	=	Société centrale d'hypothèque et de logement

## Appendice B

### Configuration du territoire du CLSC Suzor-Côté



Configuration du Territoire du CLSC Suzor-Côte

### Remerciements

L'auteur tient à remercier son directeur de recherche, le professeur Bruno Fabi, D.Ps. pour son aide, sa précieuse collaboration et surtout l'intérêt qu'il a démontré tout au cours de cette étude.

Mes remerciements les plus sincères s'adressent aux gens du réseau MSSS, CRSSS-04, CSS, CH qui m'ont accueilli avec une extrême gentillesse, se sont montrés intéressés et ont facilité au maximum toute la cueillette de données.

## Références

- Association des hôpitaux du Québec (1985). Nouvelle orientation du système de santé québécois: Le Ministre Guy Chevrette mise sur le privé, Artère, volume 3, no 9, 12-13.
- Association des hôpitaux du Québec (1985). Programme de renseignements hospitaliers, premier avril 1984 au 31 mars 1985 (no spécial).
- Bédard, D. Lemmens, C. et le Comité des services à domicile (1980). Les services à domicile dans l'Estrie: situation, besoins et priorités. Rapport I.
- Béland, C. (1977). Initiation au coopératisme. Montréal: Édition du jour.
- Béland, F. (1982). Les principaux résultats de l'analyse des désirs d'hébergement de trois échantillons de personnes âgées du Québec. Service Évaluation-Santé. Direction de l'Évaluation des programmes. Ministère des Affaires sociales, Québec.
- Bélanger, G. (1980). Mythe de la différence entre l'entreprise privée et publique. Administration hospitalière et sociale, Vol. XXVI, No 4.
- Benton, L. (1980). Private management and public policy. Massachusetts: Lexington Books.
- Bureau de la Statistique du Québec (1984). Perspective démographique régionale, juin.
- Carp, F.M. (1972). Retirement. New-York: Behavioral Publications inc.
- Centre hospitalier Ste-Croix, DSC (1985). Description Indicateurs socio-sanitaires, région 04. Drummondville.
- CLSC Suzor-Côté (1983). Rapport annuel 1983. Victoriaville.
- Cofirentes (1977). La sécurité financière des personnes âgées. Rapport présenté au Gouvernement du Québec par le Comité d'étude sur le financement du Régime des rentes du Québec et sur les régimes supplémentaires de rentes. Québec.

- Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme (1981). Les femmes et la réforme des régimes de pensions du Canada. Ottawa.
- CRSSS-04 (1977). Plan de développement des ressources pour personnes âgées. Trois-Rivières.
- CRSSS-04 (1979). Rapport du Comité aviseur sur l'implantation du CLSC Bois-Francs. Trois-Rivières.
- Conseil supérieur de la coopération (1945). La paix par la coopération. Manifeste. Paris.
- Côté, M. (1982). Demain, la vieille, c'est moi in Nous, notre santé, nos pouvoirs. Montréal: Éditions coopératives Albert Saint-Martin.
- Farizy-Chaussé, M.-J. (1984). Le maintien à domicile des personnes âgées dans le territoire du CLSC Suzor-Côté. Thèse de maîtrise inédite, ENAP. Québec.
- Gouvernement du Québec (1980). Pour mieux répondre aux besoins de nos aînés. Secrétariat général du Conseil exécutif. Québec.
- Hamelet, M.P. (1968). Pour ou contre la participation, in Malterre, A. Plan de réforme, in Huvelin, P. Les structures françaises, Les Éditions John Didier.
- Kane, R.L., Kane, R.A. (1978). Care of the aged: old problems in need of new solutions. Science, vol. 200, 913-919.
- Kennedy, R. (1984). La gériatrie au Royaume-Uni. Administration hospitalière et sociale, Vol. XXX, No 6, 69-71.
- Lambert, P. (1964). La doctrine coopérative. Bruxelles: Les propagateurs de la coopération.
- Lawton, Powell, Mortimer (1975). Planning and managing Housing for the elderly. New-York: Wiley Interscience Division.
- Leblanc, S. (1982). Éléments d'orientation pour la formulation d'un programme de services et de soins à domicile. Département de santé communautaire. Hôpital Ste-Croix. Drummondville.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux. S.R.O. Chap. S-5, Gouvernement du Québec.



- Ministère des Affaires sociales (1983). Répertoire des municipalités par territoire de CLSC. Gouvernement du Québec. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1985). Un nouvel âge à partager. Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées. Gouvernement du Québec. Québec.
- Phelps, E.G. (1965). Private wants and public needs. New-York W.W. Norton and Co.
- Quintal, J. (1984). Le centre d'accueil, une façon de vivre. Nursing Québec. Vol. 4., no 4.
- Roy, L. (1984). Place et rôle des centres d'accueil privés auto-financés comme ressource d'hébergement pour les personnes âgées au Québec. Thèse de maîtrise inédite. ENAP. Montréal.
- Ryan, C. (1962). Institutions privées et fonctions publiques. Le rôle de l'État. Ottawa: Éditions du jour.
- Savas, E.G. (1982). Privatizing the public sector. New-Jersey: Chatham House.
- St-Pierre, J. (1986). Vieillir dans un logement public: avantages et inconvénients. Rapport présenté à l'Association des offices municipaux d'habitation du Québec. Québec.
- Société canadienne d'hypothèque et de logement (1979). Centres d'hébergement et pensions surveillés pour personnes âgées. Ottawa: La Société.
- Sudreau, P. (1975). La réforme de l'entreprise. Paris: La Documentation française.